علم النفس المرضى

دراسة فى الشخصية بين السواء والاضطراب

دكتور
مجدى أحمد محمد عبد الله
أستاذ علم النفس المساعد
بجامعتى الإسكندرية وبيروت العربية

٢٠٠٠

دار المعرفة الجامعية
٤٠ ش سوتير - الأزاريطة ت ٤٨٣٠١٦٣
٣٨٧ ش قنال السويس - الشاطبى ت ٥٩٧٣١٤٦

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿رَبَّنَا لا تُزِغْ قُلُوبَنَا بَعْدَ إِذْ هَدَيْتَنَا وَهَبْ لَنَا مِنْ لَدُنْكَ رَحْمَةً إِنَّكَ أَنْتَ الوَهَّابُ﴾

صدق الله العظيم

سورة آل عمران، آية ٨

تصـــــدير

نعيش اليوم عصراً تفوق فيه الإنسان على نفسه محققاً أعز أمانيه من تقدم حضارى وتكنولوچى، ولكنه فى المقابل لم يستطع أن يحقق ما هيته من خلال تلك المظاهر المختلفة من التقدم ـ ظهر ذلك كله فى تلك الاضطرابات التى تغشى شخصية الإنسان وسلوكه فى هذا العصر. ومعنى ذلك أن هناك هوةً هائلةً أو فجوةً كبيرةً بين التقدم المادى والجانب المعنوى، ويشير فى هذا أريك فروم Erich Fromm فى مؤلفه «Psychology and Religion, 1950» «أن الإنسان لم يقترب فى يوم ما من تحقيق أعز أمانيه مثلما اقترب اليوم... ولكن ماذا يستطيع أن يقول إذا نظر إلى نفسه؟ هل اقترب من تحقيق حلم آخر للبشر هو كمال (الإنسان)... محققاً ماهيته، أى أن يكون صورة للإله؟

إن الإجابة واضحة وضوحاً جلياً فبينما خلقنا أشياءً رائعةً، أخفقنا فى أن نجعل أنفسنا جديرين بهذا الجهد الخارق، وحياتنا حياة لا يسودها الإخاء والسعادة والقناعة، بل تجتاحها الفوضى الروحية، والضياع الذى يقترب اقتراباً خطيراً من حالة الجنون، وهو جنون لا يشبه الجنون الهستيرى، الذى وجد فى العصر الوسيط، بل جنون شبيه بانفصام الشخصية (الشيزوفرانيا) فينعدم فيها الاتصال بالواقع الباطنى، وينشق فيها الفكر على الوجدان» (فروم، ١٩٥٠ : ٧-٩)[١].

معنى هذا أن التغير الاجتماعى والاقتصادى السريع الذى طرأ على المجتمع كان تأثيره خطيراً على الأفراد والمجتمعات، فمن ناحية كان هذا التغير يفوق الإمكانات النفسية للأفراد مما انعكس أثره على تقليل قدرة الفرد والمجتمع على التعامل مع مواقف الانعصاب المختلفة الناشئة عن تلك التغيرات ومن ثم زادت المشاكل النفسية للفرد وزادت الاضطرابات النفسية

---

(١) فروم (أريك)، «الدين والتحليل النفسى»، ترجمة فؤاد كامل، القاهرة، مكتبة غريب، ١٩٨٩.

والعقلية والجناح والجريمة والعنف ـ تماماً كما زادت الأمراض الجسمية بالرغم من تقدم الطب والدواء وأساليب التمريض.

وكان لابد لعلم النفس أن يواكب تلك التغيرات السريعة المتلاحقة فى محاولة لإيجاد حلول لتلك المشاكل وأن يسهم فى تشخيص وعلاج تلك الاضطرابات النفسية والعقلية فنشأت العديد من فروع علم النفس وجميعها يستهدف هذا الغرض السامي: صحة الإنسان النفسية ـ والحفاظ عليها.

نشأ علم نفس الشواذ Abnormal Psychology ويبحث فى نشأة الأمراض النفسية والأمراض العقلية (الجنون)، وضعف العقل والإجرام وأسبابها المختلفة، مع محاولة وضع أسس لعلاجها، ويجب التمييز بين علم نفس الشواذ والطب النفسى Psychiatry الذى هو فرع من فروع الطب يقوم على دعامتين من الطب وعلم نفس الشواذ، ويختص بفحص الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة وعلاجها عملياً ورعايتها، والرقابة عليها. ومن المعروف أن فهم الظواهر الشاذة يلقى كثيراً من الضوء على الظواهر السوية.

وسرعان ما برز تخصصان كبيران ـ علم النفس الإكلينيكى Clinical Psychology الذى نشأ بشكل كبير داخل المستشفيات أو العيادات العقلية، ويشترك السيكولوجى الإكلينيكى مع الطبيب النفسى فى تشخيص الأمراض النفسية والأمراض العقلية وعلاجها وعلم النفس الإرشادى Counseling Psychology الذى نما أساساً من المحيط التربوى وهو فرع يهتم بمساعدة الأسوياء من الناس على حل مشاكلهم بأنفسهم فى مجال معين: تعليمى/ مهنى/ أسرى/ جنسى وغيرها مما لا يدخل فى نطاق الأمراض النفسية والعقلية وذلك بتقديم المشورة والعلاج إليهم فى تلك المجالات.

وقد ظهرت مؤخراً تخصصات جديدة فى علم النفس كجزء من اتجاه أخذ فى الازدياد نحو الإجراءات الوقائية التى أساسها المجتمع، إلى جانب

اهتمام أعظم بتعزيز ووقاية الصحة وبالرفاهية باعتبارهما أمرين متميزين عن علاج المرض فى الفرد، وهناك تخصصان من بين هذه التخصصات الجديدة نخصهما بالذكر وهما علم النفس الصحى Health Psychology ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالطب النفسى ويهتم أساساً بالجوانب الوقائية وتعزيز الرعاية الصحية النفسية أما التخصص الثانى فهو علم نفس المجتمع Community Psychology وقد نشأ عن البحث فى مجال العمل الاجتماعى وتنمية المجتمع ويركز فى دراساته على تأثير البناء الاجتماعى للمجتمع على شخصية الفرد وسلوكه.

بهذه التخصصات المتباينة فى طبيعتها والمتكاملة فى أهدافها يستهدف علم النفس أن يواكب التغير الاجتماعى والاقتصادى والحضارى الذى طرأ على المجتمع فى الفترة الأخيرة، وقد رأينا فى سياق تلك التخصصات «علم النفس المرضى» وهو فرع نظرى من فروع علم النفس النظرية والمنهجية له موضوع خاص ومنهج ـ وهو تخصص يستهدف وصف وتفسير الاضطرابات النفسية والعقلية وضعف العقل والإجرام فى محاولة للكشف عن خصائص تلك الاطرابات وأسبابها، وعند ذلك يمكن وضع الأسس المختلفة لعلاجها ـ أى أننا من خلال هذه الدراسة إنما نستهدف الوصول إلى أكبر قدر من التوافق النفسى والاجتماعى للأفراد والجماعات. وينقسم المؤلف الذى بين أيدينا إلى شقين : الشق الأول عالجنا فيه الشخصية فى سوائها ـ أما الشق الثانى فقد عالجنا فيه الشخصية فى انحرافها واضطرابها؟ من خلال ما يغشاها من اضطرابات عصابية وذهانية متعددة.

أما الفصل الأول وكان بعنوان (الأبعاد الأساسية للشخصية)، وقد تناولت فى هذا الفصل أهمية الالتزام بإطار نظرى معين تدرس من خلاله الشخصية بما ينتظمها من مكونات، وعليه فقد تم انتقاء نظرية الأبعاد لهانز أيزنك كإطار عام ندرس من خلاله الشخصية بما ينتظمها من أبعاد أساسية تشكلها وتحدد السلوك الناجم عنها فى مواقف الحياة المختلفة وهذه الأبعاد

هى بعد العصابية/ الاتزان الانفعالى، بعد الانبساط/ الانطواء، وبعد الذهانية/ السواء.

وكان الفصل الثانى عن «الشخصية بين اضطراب العصاب والذهان ـ نظرية سلوكية» وقد التزمت فيه بالإطار السابق لأيزنك وقد تركز الفصل على نقطة أساسية هى أن العصاب سلوك متعلم ـ وأن هذه الأعراض لا تكمن وراءها ـ ولا تمثل مصدراً لقوتها أية مركبات تكونت فى سن الطفولة، فالعرض فى حد ذاته هو المرض ـ واختفاء العرض يعنى اختفاء المرض ـ وقد تأيد هذا بحقائق وأدلة تجريبية تؤيد هذه النظرية وتعضدها تم عرضها فى سياق الفصل.

ومع تقدم الطب فى القرن العشرين ثبت مفهوم نشاط المرض ودوره فى شخصية الفرد وسلوكه وعليه كان موضوع الفصل الثالث عن «المرض والمريض» بدءاً بعرض نظرة تاريخية للمرض من خلال إسهام مجموعة من العلماء ـ كان لكل منهم مفهومه الخاص عن المرض والذى أثرى هذا التراث.

ثم كان الجزء الثانى من الفصل عن المريض ـ احتياجاته البيولوچية والطبية والنفسية، ثم عرض للتغيرات التى تطرأ على المريض عند دخوله المستشفى وتظهر فى سلوكه ومن المهم فهمها ومحاولة علاجها أو التخفيف منها ذلك لتأثيرها فى العلاج والشفاء، ولما كان المرضى يتمايزون فى خصائصهم الشخصية تمايزاً كاملا كان لابد من عرض وجوه هذا التمايز، ثم عرضنا بعد ذلك لحقوق المريض ومسئولياته، وفى نهاية الفصل عرضنا لدور المرض فى شخصية المريض وسلوكه.

أما الفصل الرابع وكان بعنوان «الاضطراب العقلى: أسبابه وتصنيفاته وأنماطه وكيفية علاجه، فقد عرضت فى سياقه أسباب الإصابة بالأمراض العقلية، ثم تصنيفا لها، ثم النمط التمريضى للعناية بالمريض العقلى ـ وقد

تناولت فى ثنايا هذا الفصل الوجوه المختلفة للخدمة النفسية المقارنة ثم المبادئ المنظمة لفريق العمل بمستشفيات الأمراض العقلية.

أما الفصلان الخامس والسادس فقد تعلقا بالاضطرابات العصابية والذهانية عرضنا فى الفصل الخامس «للأنماط العصابية : أعراضها وعلاجها»، وعرضنا فى ثنايا الفصل السادس لبعض الاضطرابات الذهانية الوظيفية وهى اضطرابات لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوچية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية. وقد عرضت لاضطرابين : الفصام، والذهان الدورى، ثم بعد ذلك عرضت لأنماط العلاج المختلفة، ثم العلاج بالمجتمع أو المجتمع العلاجى. وبعد ذلك عرضت لاستخدام الأدوية فى الرعاية النفسية لهذه الاضطرابات. أما الفصلين السابع والثامن فقد تعرضنا فيهما لبعض الاضطرابات السلوكية التى تغشى شخصية الفرد وتبدو فى سلوكه ثم عرضت فى الفصل السابع «للسيكوباتية» كحالة تتميز بعجز بالغ عن التوافق الاجتماعى يلازم المريض سنوات عدة أو طول حياته، وهو حالة بينية بين العصاب والذهان، تعرضت بعد ذلك لمكونات السيكوباتية، أعراضها، تصنيف لأنماطها، ديناميات السلوك السيكوباتى وقد انتهى الفصل بقياس هذا الانحراف السلوكى.

أما الفصل الثامن، وكان موضوعه «الإدمان: أبعاده وكيفية تمريضه وعلاجه» وقد عرضت فى ثناياه لأبرز العقاقير وأشكالها وما تثيره من مشكلات نتيجة الاعتماد عليها، ولما كان بعض الباحثين لا يعتبر أن الكحول يمكن أن يدرج ضمن العقاقير التى تسبب الإدمان فقد عرضت لحقائق عنه والآثار البغيضة التى يخلقها فى المرء إسرافه فى الشراب، ثم فى نهاية الفصل عرضت للحظة التمريضية لعلاج المريض المدمن.

أما الفصل التاسع فقد تركز حول «معدلات انتشار الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية والتدابير الممكنة لمواجهتها»، أما

الفصل العاشر فكان عن «الإعاقة» حجم المشكلة، تدهور الشخصية الذى يعقب العجز، والحاجة إلى بصيرة خاصة من جانب القائم على علاج تلك الفئات، ويشير التراث فى هذا الصدد إلى أن هناك فلسفة من ست نقاط للقائمين على رعاية العجزة، وانتهى الفصل بأن هدف المعوق هو التأهيل وإعادة التوظيف. أما الفصل الحادى عشر فكان عن التشخيص النفسى للسلوك «عرضت فى بدايته للتصنيف والتشخيص ودور الاختبارات النفسية فيها، ثم عرضنا لعدد من المقاييس المستخدمة فى التشخيص الإكلينيكى.

والله أسأل أن أكون قد وفقت بهذا الجهد فى تناول بعض جوانب علم النفس المرضى، وفى إفادة الطالب والباحث ودفعهما إلى المزيد من الاطلاع والبحث في هذا المجال، وأخيراً ﴿فَأَمَّا الزَّبَدُ فَيَذْهَبُ جُفَاءً، وَأَمَّا مَا يَنفَعُ النَّاسَ فَيَمْكُثُ فِى الأَرْضِ﴾ [1].

---

(١) قرآن كريم، سورة الرعد، (آية : ١٧).

المحتويات

الفصل الخامس

الأنماط العصابية: أعراضها وعلاجها

الفصل السادس

الاضطرابات الذهانية

الفصل السابع

السيكوباتية

الفصل العاشر

الإعاقـــة وكيفية تأهيـــلها

الفصل الحادي عشر

التشخيص النفسي للسلوك

الفصل الأول
الأبعاد الأساسية للشخصية

- تمهيد.
- نظرية الأبعاد - هانز أيزنك.
- بعد العصابية/ الاتزان الانفعالى.
- بعد الانبساط/ الانطواء.
- بعد الذهانية/ السواء.

الفصل الأول
الأبعاد الأساسية للشخصية

تمهيد:

بالرغم من أن تطبيق التحليل العاملى على مقاييس الشخصية لم يجر إلا حديثًا، فقد أصبح يمثل ميدانًا نشطًا منتجًا للبحث. ومن أحسن التحليلات العاملية لاستبيانات الشخصية Personality Questionaire ما قام به كل من (موسير I. Mosier عام ١٩٣٧)، و(جيلفورد J.P. Guilford أعوام ١٩٣٤، ١٩٣٦، ١٩٣٩، ١٩٣٩)، و(أيزنك H.J. Eysenck عام ١٩٤٧)، و(كاتل R.P Cattell عام ١٩٤٦).

فى مثل هذه الدراسات يبدأ التحليل بمصفوفة معاملات الارتباط بين كل اختبارين من الاختبارات، تتحول المصفوفة الارتباطية Correlation Matrix فى طريقة التحليل العاملى إلى مصفوفة عاملية Factor Matrix بإعطاء وزن أو درجة تشبع Loading لكل عامل فى كل اختبار.

ويلاحظ أن التشبعات السالبة للعوامل لا يتخلص منها عن طريقة إدارة المحاور، فنظرًا لأن كثيرًا من سمات الشخصية يمكن اعتبارها ذات قطبين Bi-Bolar مثل (السيطرة ـ الخضوع)، (الانطواء ـ الانبساط) فإن التشبعات السالبة تصبح ذات معنى أكثر فى هذا المجال عنها فى تحليل القدرات (٢، ٦٩٠ ـ٦٩١) لقد أدخلت نظريات العوامل فى مجال علم النفس الذى يتميز بالحساسية والذاتية، مرحلة تطلب الترحيب من صلابة الرأى، ومن التركيز على العيانى، فبينما كان يقنع الكثير من أصحاب نظريات الشخصية بصياغة المفاهيم من الافتراضات التى تؤدى إلى حيث يقع الباحث فى مستنقع من التضمينات المتعارضة وغير الواضحة، فإن صاحب نظرية العامل:

١ ـ ينزع إلى تقديم فكرته فى صورة مجموعة من الأبعاد أو العوامل البسيطة والواضحة، وبذلك فإن البساطة والوضوح هما الميزتان الرئيستان لهذا النوع من النظريات.

٢ ـ لا يتميز صاحب نظرية العامل بالاقتصاد والوضوح فى نظرياته فحسب بل يتميز زيضاً بأنه إجرائي ويتضمن موقفه اهتماماً تفصيلياً بالتعريف التجريبى الواضح والبعيد عن الغموض أكثر مما تتضمنه أغلب الأنواع الأخرى من النظريات الفلسفية.

٣ ـ أخذ أصحاب نظرية العامل الكثير من خبرة المشتغلين بالقياس النفسى فى توفير الوسائل المناسبة للقياس، كما اهتموا بطرح أسئلة عرضية وإن كانت هامة فيما يتعلق بأحادية البعد ـ والاتساق الداخلى ـ والقابلية للإعادة.

٤ ـ توصل أصحاب هذه النظريات إلى إجراء موضوعى قابل للتكرار لتحديد المتغيرات الكامنة.

والواقع أن التحليل العاملى يقدم على الأقل اختباراً عما إذا كان المتغير الذى تم التعرف عليه وتضمنه مقياس جديد موجوداً بالفعل أم لا، وبعبارة أخرى، فحتى إذا كان التحليل العاملى يعتمد على أفكار مسبقة وهو كذلكبالتأكيد فإنه يتيح الوسائل لتقييم صلاحية تلك الأفكار.

وأيضاً فى دراسات التحليل العاملى تقدم وسيلة مستقلة تماماً لتأكيد أو لنفى المتغيرات التى سبق استنتاجها أو حدسها من خلال الملاحظة الإكلينيكية أو التجريبية (٤٣ : ٥٣٢ ـ٥٣٦).

ويلخص أيزنك ذلك كله فى إشارته «إذا كانت مهمتنا الرئيسية هى أن نقدم على الأقل حلا وقتياً لمشكلة التصنيف فى بحوث الشخصية، فإننا ننشغل آلياً بمشكلة إيجاد الأبعاد المناسبة للشخصية، وينبغى أن نتجه إلى التحليل العاملى كطريقة تساعدنا على الحل لأنه برغم الصعاب وأوجه الضعف المعترف بها فى تلك الطريقة فإنه لا توجد فى المرحلة الحالية من معرفتنا أية طريقة أخرى يمكن أن تساعدنا فى بحثنا» (42 : 64).

نظرية الأبعاد ـ هانز أيزنك :

لاشك أن اعتقاد أيزنك H.J. Eysenck بأن أغلب نظريات الشخصية متعلقة بمتغيرات متشابهة ـ وغير محددة ـ إلى جانب استخدامه للتحليل العاملي قد أفضينا إلى نظام للشخصية يتميز بعدد صغير جداً من الأبعاد الرئيسية أو العوامل التى تم تحديدها بدقة فائقة، والشخصية كما يتصورها أيزنك عبارة عن تكامل وتفاعل لتلك الأبعاد أو العوامل الثلاثة داخل الإطار العام لتكوين الشخص الجسمى، ويلاحظ أن أيزنك يستخدم التكوين أو البناء الجسمى كمتغير أساسى من متغيرات الشخصية (56: 261-262).

لذلك يشير فى بداية مؤلفه «أبعاد الشخصية» ١٩٤٧، ص ٢٥) إلى تعريف الشخصية بقوله إن الشخصية هى ذلك «... المجموع الكلى لأنماط السلوك الفعلية أو الكامنة لدى الكائن، ونظراً لأنها تتحدد بالوراثة والبيئة فإنها تنبعث وتتطور من خلال التفاعل الوظيفى لأربعة قطاعات رئيسية تنتظم فيها تلك الأنماط السلوكية: القطاع المعرفى (الذكاء)، القطاع النزوعى (الخلق)، القطاع الوجدانى (المزاج)، والقطاع البدنى (التكوين). (56:25).

وبهذا المعنى ينتهى أيزنك إلى استخلاص ثلاثة عوامل أو أبعاد رئيسية للشخصية هى العصابية/ الاتزان الانفعالى، الانطواء/ الانبساط، الذهانية/ السواء.

ويؤكد أيزنك فى أكثر من موضع فى مؤلفه هذا ـ أن العصابية/ الاتزان الانفعالى، والانطواء/الانبساط هما البعدان الوحيدان اللذان وجدهما العديد من الباحثين المختلفين مراراً وتكراراً أثناء استخدامهم طرقًا عديدة ومختلفة، وقد أشار إلى أنه من الممكن الاتفاق على أن هذين البعدين هما أكثر الأبعاد أهمية فى وصف السلوك والتصرف الإنسانى.

وفى تصوره أن التصميم الهندسى للشخصية تصميم رمى يبدأ فى

أسفله بقاعدة عريضة تضم وقائع سلوك الأفراد وعاداتهم، أو عينة كبيرة من هذه الوقائع أو العادات، ثم تتلخص هذه القاعدة فى مستوى أعلى منها عبارة عن عدد محدود من الأبعاد الصغرى (أو السمات)، ثم تتلخص هذه السمات أو تتجمع فى مستوى أعلى منها هو مستوى الأبعاد الكبرى. والواقع أن تصوراً كتصور أبعاد الشخصية سواء أكان من بين الأبعاد الصغرى أم كان من بين الأبعاد الكبرى فأهم ما فيها أنها تقدم لنا إطاراً يصلح للمقارنة الكمية بين بعض جوانب النشاط النفسى لدى الأفراد... إنها لا تقدم لنا تعليلا أو تفسيراً لهذه المظاهر... إنها تقدم تبويباً وتنظيماً فحسب. (٢٢ : ٤١ـ٤٧).

إذاً يتضح أن الإطار البنائى لنظرية الشخصية عند أيزنك يعرف عن طريق أبعاد الشخصية أو عواملها : العصابية/ الاتزان الانفعالى، الانطواء/ الانبساط، وهذه الأبعاد تمثل أصول الاختلاف أو التغاير فى وصف الشخصية والسلوك، كما أنها تعتبر متغيرات مستقلة غير مرتبطة، وقد يتضح هذا التصور للإطار الأيزنكى للشخصية أو يكتمل بتصوره فكرة البعد مع التمثيل لها بأحد تلك الأبعاد الرئيسية للشخصية فالأبعاد Dimensions إن هى إلا أطر Frames تنتظم داخلها مظاهر السلوك فى مجموعات متماسكة إلى حد كبير يجمع بين أفراد كل منها جامع الاتفاق فى سرعة النضج واتجاهه، فهى تزداد معاً وتنقص معاً، وتثبت على قدر معين معاً. (المرجع السابق). وقد نسميها المحاور التى تدور عليها الشخصية أو السمات التى تتسم بها الشخصية، وهى أسماء متعددة لمسمى واحد، والبعد بحكم طبيعته هو مسافة أو مستقيم يمتد بين نقطتين. نفرض أننا بصدد أحد الأبعاد الصغرى: البعد الدال على سمة معينة ولتكن (المثابرة)، معنى ذلك أن هذا البعد يمتد من نقطة تمثل أكبر قدر من المثابرة إلى النقطة التى تمثل أدنى قدر منها، والمسافة بين النقطتين متدرجة، فإذا كان لدينا مقياس لهذه السمة وطبقناه على عدد من الأشخاص بحيث ينال كل شخص درجة على هذا المقياس

فإن هذه الدرجة تحدد لكل منها موضعاً معيناً على البعد الذى نحن بصدده (المرجع السابق، ومعنى ذلك أن البعد بهذه الصورة عبارة عن متصل كمى له طرفان أحدهما إيجابى والآخر سلبى (112 : 82)، وتظهر معظم الوظائف النفسية تنوعاً مستمراً على طول البعد (153 : 70)، وبالتالى فإن الأبعاد تمثل أصول الاختلاف أو التغاير فى وصف الشخصية والسلوك، كما أنها تعد متغيرات مستقلة غير مرتبطة.

وفيما يلى نتعرض لبعض الأبعاد الأساسية للشخصية وهى أبعاد العصابية/الاتزان، والانبساط/ الانطواء، والذهانية/السواء.

أولاً: بعد العصابية/ الاتزان الانفعالى

بين أيزنك أن قدراً كبيراً من السلوك الذى يؤدى إلى مفهوم الشخصية يمكن أن يوصف فى ضوء بعدين أو عاملين أو محورين (متصلين كميين رئيسين)، أحداهما هو الانبساط ـ الانطواء والآخر هو الانفعالية أو العصابية، فى مقابل الاتزان او السواء، وكلاهما مستقل عن الذكاء.

أ ـ قطب العصابية:

أحد طرفي محور (العصابية ـ الاتزان الوجدانى أو الانفعالى) وهو المحور الثانى من المحاور الأساسية الكبرى للشخصية، ولنتأمل أولاً مفهوم الانفعالية أو العصابية، من الواضح أن ما نتناوله هنا هو استجابة مبالغ فيها من جانب الفرد تجاه مجموعة من المنبهات، وتأخذ هذه الاستجابة شكل الانفعالات البالغة القوة والتى تظهر فى ظل ظروف لا يشعر فيها معظم الناس الا بانفعال ضعيف، بل ربما لا يشعرون فيها بانفعال على الاطلاق.

ويشير أيزنك بأن هذا العامل قد تم استخلاصه من خلال عدد كبير من الدراسات، وأوضح لنا من خلالها أن العصابية تعد هى القطب المرضى لهذا البعد، كما أشار إلى أنه من الممكن الاتفاق على أن هذين البعدين هما أكثر الأبعاد أهمية فى وصف السلوك والتصرف الانسانى.

وقد أسفرت سلسلة الدراسات التى أجراها أيزنك ومعاونوه والتى أدت إلى وصف تفصيلى للمنطوى والمنبسط عن نتائج تتعلق بالفرد الحاصل على درجة عالية على بعد العصابية يلخصها أيزنك كالأتى:

أولاً الجوانب الاكلينيكية:

وتشمل التنظيم السيء للشخصية، الاتكالية، سهولة الاستهداف للمرض، الاهتمامات الضعيفة، الطاقة الضعيفة، عدم سواء الوالدين، الموقف المنزلى غير المرضى، توهم المرض، هذا بالاضافة إلى أنه غير اجتماعى وسطحى.

ثانياً: تقديرات الذات:

المعاناة من مشاعر النقص، العصبية، السخط الدائم، الاستهداف للحوادث.

ثالثاً: الوظائف العقلية:

الذكاء منخفض وثبات الإعادة منخفض.

رابعاً: استجابته للاختبارات:

الايحائية العادية، المثابرة القليلة، الإيقاع الشخصى البطيء، الطلاقة المنخفضة، القصور النفسى المتطرف، المنحنى غير المستوى من الآداء (التعلم)، التحسن البطيء أثناء التطبيق، النزعة للكبت، النقص غير السوى للأجتماعية، معدل استجابته للروشاخ غير سوية.

ونستطيع أن تقدم هذه النتائج فى صورة وصفية عامة كالآتى: ــ

«أن العصابى فى المتوسط شخص يشكو قصوراً فى العقل والجسم، وذكائه نحو المتوسط، وكذلك إرادته وقدرته على الضبط الانفعالى، ودقة أحساسه، وقدرته على التعبير عن نفسه، وهو قابل للإيحاء تنقصه المثابرة، بطيء فى التفكير والعمل، غير اجتماعى، ينزع إلى كبت الحقائق غير السارة.

والعصابية اصطلاح مرادف لضعف الانا فى إطار نظرية كاتل «أن هذا القطب للسمة (ث) يكشف عن نفسه فى عدم الاتزان الانفعالى، والقابلية للاضطراب وتقلب المزاج».

وفي مفهوم كاتل أيضاً أن الانفعالى هو المتهيج (السهل الاستثارة) يصيح بصوت عال كالأطفال، كما أنه يضحك بصوت عال، ويظهر تأثر وجدانى بالغ، يغضب أحياناً وفى كل الانفعالات يكون متطرفا ذلك بعكس الهادىء فهو من يظهر ثباتا انفعاليا ويظهر علامات قليلة من التهيج الانفعالى لاى نوع من المعارضة وعدم الاتفاق والغضب.

ويبدى الشخص المضطرب انفعاليا تطرفا فى الانفعال بمعنى أنه قد يصبح فى حالة كاملة من الفرح والسرور، او فى حالة شديدة من الاكتئاب دون سبب واضح. وفى بعض الحالات الأخرى تكون الاستجابة الانفعالية مضطربة وغير مناسبة للموقف الخارجى الذى تصدر الاستجابة الانفعالية كرد فعل له كأن يضحك الشخص عند علمه بمقتل ابنه فى حادث أو بموت زوجته.

وقد بدأت الدراسات العاملية تشق طريقها نحو دراسة التنظيم الانفعالى، وتنتهى إلى نفس النتائج التى أنتهى إليها أيزنك فى بحوثة فى استخلاص عوامل كالعصابية والانبساط.

وقد تمكن جيلفرد من عزل ثلاثة عشر عاملا وضعت كالأتى:

(الانطواء الاجتماعى، الانطواء المفكر، الانقباض، الميل الدورى، الشعور بالسعادة، عدم الاهتمام، النشاط العام، السيطرة والخضوع، الذكورة والأنوثة، العصبية، الشعور بالنقص، الموضوعية، الميل إلى التعاون، الاستكانة).

وربما تفسر السمات (د.ث) عندما تؤاخذان معا قدراً كبيراً من (زملة Syndrome الميل العصبى أوسوء التوافق الوجدانى، قد أظهر مقياس (ث. C) أنه مشبع تشبعا عاليا بعامل العصابية.

كـذلك ادت دراسـات (مـودير Mosieuer) إلى عـزل ثمـانية عـوامل متعامدة فى الاستجابة وهى (الميل للتقلب، الهبوط، زيادة الحساسية، الشعور بالنقص، الشعور بالنفس فى الاجتماعات، النقص المعرفى، الميل للتفكير الاجترارى).

ويشير أيزنك في مؤلفة (56:55) إلى دراسة (فيرنون ١٩٣٨) التى استخدم فيها التحليل العاملى لبنود الاستخبارات، ويشير إلى أنه قد انتهى إلى عاملين أو بعدين اساسين شبيهين بالابعاد التى انتهى إليها أيزنك. العامل الأول وهو شبيه بعامل أو بعد العصابية وقد رمز إليه P + والعامل الثانى فهو شبيه بالعامل الثانى لأيزنك أحد قطبيه الديستاميا والقطب الآخر هو الهستيريا.

كذلك فان بعد العصابية/ الاتزان ـ فى البناء الأيرنكى للشخصية يتفق فى معناة وذلك الذى أنتهى إليه (فوندت Wundt) من أن هذا البعد ـ بعد العصابية ـ يتعلق بقوة أو ضعف الاستجابات الانفعالية، بمعنى أن الشخص طبقا لرأى فوندت الذى يتميز بالانفعالات القوية ينزع إلى أن يكون عصابيا، غير متزن، بينما على القطب الآخر من ذلك البعد نجد شخصيا يتميز بأنه غير منفعل، متزن، غير عصابى.

ويشير د. سويف فى مؤلفه (علم النفس الحديث ١٩٧٨) إلى أن نتائج الدراسات العاملية فى بناء الشخصية توصلت إلى وجود عدد من المحاور الرئيسية الكبرى للشخصية: ـ

الأول: هو محور البعد الخاص بالذكاء، أي القدرة العقلية العامة.

والمحور الثانى: ينتظم جميع العمليات الانفعالية من حيث تحقيقها لاتزان الشخصية وتوافقها أو من حيث إخلالها بهذا الاتزان والتوافق والاسم الاصطلاحى هنا هو «العصابية»

والمحور الثالث: ينتظم مجموعة العادات التى تنبيء عن المصدر الرئيسى

للقيم المحركة لهذا الفرد أو ذاك ويسمى البعد (بالانطواء)أحياناً (والانبساط) أحياناً أخرى.

ويصنف كولمان الاعراض العامة للاضطرابات الانفعالية كالآتي:

قلق مرضى، خمول وتبلد، المعاناة من عقد الذنب، حالات الاكتئاب، الشعور بعدم السواء أو بالاعتلال دائماً.

ونتيجة لذلك فإن إرجاعاته الانفعالية غالبا ما تكون فجة تجاه مواقف الحياة المختلفة. هذه الصورة للشخصية غير المتزنة انفعاليا التى تتسم بالتهيج والإثارة بصورة غير عادية فى مواجهة الضغوط الصغرى، كما تتسم باتجاهات انفعالية متقلبة لابد أنها تحطم علاقات الفرد مع الافراد المحيطين به، كما أنها تضعف من حكمة على الاشياء، كما تجعله غير قادر على ضبط نزعاته والعدوانية.

ومن أبرز التعريفات التى قدمت لهذا المصطلح، يشير دريفر (137: 54) ويتفق معه وران (139 : 84) فى أن عدم الاتزان الانفعالى حالة تتصف بتغيرات سريعة غير محددة ومن ثم يظهر استجابة غير مناسبة (تجاه مجموعة المنبهات التى تثيره من الخارج كما يشير إلى أن عدم الاتزان الانفعالى من الناحية العصبية تشكل حالة تتضمن عجزاً فى تلك الوظائف التى تتضمن مثابرة الكائن على الهدف وضبط النفس.

ولذلك نجد أن أصطلاح العصابية يأتى كصفة للعصاب أو الأعصبة (70:346+ ٢٠ :٣٩٧)، كما يرادف المفهوم أيضاً اصطلاح العصاب النفسى، ومن المعروف أن العصاب هو أضطراب وظيفى بسيط فى الجهاز العصبى للفرد لا يحدث تغيراً مرضيا فيه (179: 84) ولا يحتاج إلى عزل بالمستشفى (666: 53 + 731: 82) واستناد إلى هذا نجد أن العصابية كصفة مجردة للعصاب تتضمن أشكال سوء التوافق المختلفة

مما سبق يتضح أن الأنفعالية تعنى نزعة للتغير السريع أو استجابة مبالغ

فيها تجاه تلك المواقف الصادمة للشخص، ولذلك كانت الانفعالية صفة للشخص الذى تأخذ استجابته شكل الانفعالات البالغة القوة أو المتطرفة، ولذلك يوصف الشخص غير المتزن انفعاليا بأنه ذلك الشخص الذى يستجيب باثارة وباندفاع فى مواجهه تلك المواقف الصادمة.

كما أن تلك النزعات الانفعالية المتقلبة للشخص غير المتزن غالبا ما تؤدى إلى تهديد علاقات الفرد بمن يحيط به

ب ـ قطب الاتزان الانفعالى:

هو الطرف الثانى من المحور السابق، إذ أن هذا المحور متصل كمى أو بعد من أبعاد الشخصية أحد طرفيه العصابية، وطرفه الثانى الاتزان الانفعالى أو الوجدانى أو قوة الأنا، ففى الطرف الأول نجد شخصا عصابياً، غير متزن انفعالياً، غير متوافق اجتماعيا مع البيئة المحيطة به، يعانى من صراعات بينه وبين نفسه، وبينه وبين البيئة المحيطة به، وفى الطرف الثانى حيث الاتزان الانفعالى أو قوة الأنا نجد طرازاً من الاشخاص متزناً انفعالياً، ناجحا، متوافقا اجتماعياً، لا يعانى من صراعات سواء كانت بينه وبين نفسه، أو بينه وبين البيئة المحيطة به.

ويمر هذان الطرفان أو هذا المحور من خلال متوسط الأشخاص الأسوياء وبعبارة أخرى فإن الاتزان الانفعالي/ عدم الاتزان الانفعالى، متصل كمى تشير الدرجات العالية عليه إلى صحة نفسية جيدة، تحرر من نزعات القلق العصابى، بينما تشير الدرجات المنخفضة على هذا المتصل إلى انحراف مزاجى، عدم اتزان الحياة الانفعالية للشخص بالاضافة إلى الاتجاهات العصابية.

ويحدد كاتل الطبيعة العاملية لهذا البعد على النحو التالى (قوة الانا/الميل العصابى) هكذا عزل كاتل عامل قوة الأنا مقابل الميل العصابى، ويتميز هذا العامل فى قطب منه بالنضج الانفعالى والاستقرار والواقعية، وفى

القطب الآخر منه بالانفعالية العامة وعدم الإشباع، بالاضافة إلى الأعراض العصابية المختلفة.

وتفسير ذلك أن (قوة الأنا ego-Strength) سمة أساسية تظهر نفسها فى الاتزان الانفعالى الجيد، والمقدرة علي التعامل بنجاح مع الصعوبات الانفعالية، بينما تشير (ضعف الأنا ego-Weakness) كما حددها كاتل أيضاً إلى عدم اتزان انفعالى وقابلية للاضطــراب، والمزاج المتقلــب (قوة الأنا + C ضعف الأنا ــC) .

بعبارة أخرى يعتبر العامل (ث C) والذى اكتشفه كاتل ١٩٦٥)من خلال تحليله العاملي للشخصية عامل أو سمة ثنائية القطب تمتد من الخلق المتزن وجدانياً وقد رمز له (+C) وإلى الانفعالية العصابية العامة وقد رمزا إليه (ــC) ويتصف الخلق المتزن وجدانياً بالاتزان الوجدانى، الخلو من الأعراض العصابية الحاضرة. منضبط، هادىء، صبور، لا يعانى من قلق خاصة على صحته، بينما يتصف الطرف الثانى وهو الانفعالية العصابية العامة بعدم الاتزان الانفعالى، القلق، المعاناة من الاعراض العصابية المختلفة، متهيج دائماً، غير صبور، ويعانى من ضيق نفسى خاصة على صحتة، كما أنه متقلب المزاج بصورة موصولة.

وبوجه عام فإن قوة الأنا تعنى القدرة على التكيف مع شروط الواقع، الاحتفاظ بإرجاع انفعالية متزنة، التوافق مع المطالب الإجتماعية، الاتزان، القدرة علي التحكم فى الانفعالات وفى التعبير عنها أيضا فى مواقف الغضب، وفى مواقف الرضا، وفى الحزن، وفى الفرح، وعند الخوف وعند الاطمئنان، الخلو من الصراعات المرضية، وترادف فى مفهومنا الاتزان الانفعالى أو الصحة النفسية الجيدة كقطب مقابل العصابية.

وبعبارة أخرى فإن قوة الأنا تعنى :

١ ــ قدرة الشخص على تحقيق ذاته.

٢ ـ القدرة على تحقيق التوافق بوجه عام.

ويعنى الاتزان الانفعالى قدرة الشخص على التحكم فى انفعالاته فى مواجهة المواقف الصادمة كى تتفق تلك الانفعالات والمواقف الخارجية، ولذلك كان الاتزان الانفعالى صفة للشخص الذى لا يستجيب بصورة مبالغ فيها لتلك المواقف الصادمة (70 :143,177) كما يقصد به التفاؤل والبشاشة وعدم التقلب الانفعالى، والشعور بالصحة الجيدة والتحرر من الشعور بالاثم أو القلق والوحدة وأحلام اليقظة والتحرر من السيطرة لبعض الأفكار والمشاعر (٣١ : ٢٤٤ ـ ٢٧٣) هذا بالإضافة إلى القدرة على تحمل الضغط المادى والادبى والخلو من الأعراض العصابية.

تناول الباحث فى الفقرات القليلة السابقة بعد العصابية/ الاتزان الانفعالى كما تناوله كل من أيزنك وكاتل فى نظرياتهم عن الشخصية، وقد تبين من خلال هذا العرض أن هناك اتفاقا واضحا لديهم مما يشير إلى وحدة الإطار المرجعى والذى تمثل فى نظرياتهم لتفسير السلوك الانسانى. ننتقل بعد ذلك إلى تناول هذا البعد فى نظريات علمية أخرى وإن كانت مبكرة تماماً عما ورد فى هذه الفقرة إلا أنها تتفق وما تم أستخلاصه فيها.

أولاً: بعد العصابية/ الاتزان الانفعالى فى نظرية سيرل بيرت:

يعتبر C.Burt من الاوائل الذين قدموا لنا مفهوماً متميزاً واضحاً لهذه السمة من سمات الشخصية الأساسية يستند " ى منهجه فى التحليل العاملى ومقابلاته وملاحظاته الاكلينيكية، فيبين أنه مع القدرات العقلية الانفعالية، يكون هناك عامل مركزى فريد يضمها جميعاً معاً، فالعامل المركزى الكامن وراء العمليات العقلية يمكن أن يوصف بأنه الذكاء العام، والعامل المركزى الذى يكمن وراء الغرائز والانفعالات اصطلح على أن يطلق عليه «الانفعالية العامة» ويتم تشخيص الاشخاص الذين نمت انفعالاتهم إلى درجة متوقعة فنيا بأصطلاح غير متزن انفعاليا.

ويعتبر عامل الانفعالية أحد العوامل الأربعة التى تشكل التنظيم الانفعالى فى نظرية بيرت وهناك صفات أساسية يمتاز بها الشخص السوى فى التكوين المزاجى أى الشخص المتزن انفعالياً، نلخصها فى الصفات الرئيسية التالية: ـ

أ ـ الثبوت الانفعالى

ب ـ الواقعية فى مجابهة المشاكل.

جـ ـ الثقة والاستقرار والتحرر من الاضطراب الانفعالى الداخلى.

د ـ القدرة على إظهار الولاء والاستمرار والأمانة والمناعة ضد مغريات العالم الخارجى واحترام الذات.

تلك هى الصفات التى تميز الشخص الثابت انفعاليا.

أما أولئك الذين ينحرفون عن الثبات الانفعالى فنستطيع أن نفرق فيهم بين نوعين من الناس:

الفرق الأول: وهؤلاء يتصفون بأن انفعاليتهم ضعيفة أو واهنة جداً.

ويتميز الافراد الذين يندرجون فى إطار هذا الفريق بأنهم ضعاف الحساسية للمواقف الاجتماعية والانفعالية، ولا يهتمون كثيراً بمشاعر الاخرين، بطيئوا الاستجابة، وهذا البطء لا يرجع إلى تحكم فى الانفعالات أوالسيطرة عليها، بل يعود أصلاً إلى نقص فى الطاقة الكامنة وراء نشاطهم الانفعالى وهذا النقص يؤثر فى جميع مظاهر سلوكهم الانفعالى، والفرد فى هذه الفئة نطلق عليه (البليد انفعاليا)وهو الشخص الضعيف الإحساس بالمواقف الإجتماعية والانفعالية.

أما الفريق الآخر، فيتصف بانفعالية قوية، ولا شك أننا نستطيع رسم الصورة السلوكية لهذا الشخص، أذ تتميز الانفعالية العامة عنده بشيء من الأفراط، هذا الشخص سهل الاستثارة انفعالى، متقلب، ويلوح أن أنفعالية مثل هذا لاشخص قد نمت إلى الحد الذى لا يمكنه معه أن يتحكم فيها أو

يسيطر عليها، وبالتالى فان ذكاءه اضعف من أنفعاليتة العاة. مثل هذا لاشخص يسمى بالانسان غير الثابت أو غير المستقر، وهذا الشخص يهرب من تحمل المسئولية أو من أى عمل تقع عليه فيه مسئولية معينة، يميل إلى الوحدة ولا يقنع بإشباعه، ويصعب عليه كثيراً التكيف مع البيئة التى يعيش فيها، وأخيراً نجد عند غير الثابتين انفعاليا ميلا قويا للإمراض العصابية الوظيفية أو العصاب.

والواقع أن هذا يقتضى أن نتصور الانفعالية العامة فى هذه النظرية كنموذج فرضى يشترك فى جميع أنواع السلوك الانفعالى، مثله فى ذلك كمثل القدرة العقلية العامة كمفهوم إحصائي وكتكوين فرضى.

والواقع أن هذا يقتضى أن نتصور الانفعالية العامة فى هذه النظرية كنموذج عام فرضى يشترك فى جميع أنواع السلوك الانفعالى،مثله فى ذلك كمثل القدرة العقلية العامة كمفهوم إحصائى وتكوين فرضى.

وفى مقال عرض لبيرت باسم (الجناح والنقص العقلى brit. J. psy- chol, 111, 1923) بين أن مفهوم النقص المزاجى (Temperamental defi- ciency) يجب أو يوضع بدلاً من مفهوم (الضعف الخلقى Moral Imbecil- ity) وبالنظر إلى التشخيص يجب أن ندرك:ـ

أولاً: أنه ليس هناك غريزة واحدة أو أنفعال واحد يكون متطرفا كى نحكم على السلوك بأنه ناقص مزاجيا، ولكن يجب إن تكون الغالبية متطرفة.

ثانياً: أن التطرف يجب أن يكون قليلاً منه ولاديا، وبعد ذلك تأتى الشروط الظاهرية فحالات العصاب النفسى، وحالات عدم اتزان المراهقين يتفقان هنا، فالسلوك فى جزء منه يأتى نتيجة للعقد العصابية، والبعض منه يأتى نتيجة للشروط الخارجية التى تكون بمثابة العوامل المعجلة.

وتبعاً لهذا حدد بيرت نسبة الذين يعانون من عيوب مزاجية بأنها تبلغ ١,٥ ٪ من كل السكان الذين يكونون أكثر أنفعالا، والفئة الثانية وتبلغ نسبة

١ ٪ وهم غير مترنين مزاجيا وقد اقترح بيرت التميز الآتى: ـ

أن الشخص الناقص مزاجيا هو الشخص الذى تبدو لديه منذ الميلاد أو منذ سن مبكرة علامات عدم الاستقرار الانفعالى بشكل واضح يستدعى العناية بهم والاشراف عليهم لحمايتهم وحماية الآخرين منهم. دون أن يكون هذا الشخص ناقصاً من الناحية العقلية.

وإذا أردنا أن نضع مقياسا للنمو المزاجى شبيها بمقاييس نمو الذكاء، فأننا نجد الطفل الناقص مزاجيا هو الذى تبدو لديه منذ الميلاد علامات العجز عن الضبط الانفعالى عن الطفل المتوسط الذى له نصف عمره.

وأن الراشد أو المضطرب مزاجيا هو الذى تبدو لديه أمارات العجز عن الانضباط الانفعالى أكثر منها عند الطفل المتوسط الذى عمره سبع سنوات. وقد ركز بيرت فى موضع آخر من مؤلفه على أن هناك حالات تلاحظ فيها الانفعالية الطفلية الفجة بكثرة فى أوقات البلوغ (بيرت).

ثانياً: العصابية كسمة للشخصية فطرية:

هناك اتفاق ملحوظ بين علماء النفس الآن على أن الوراثة والبيئة لا يمكن فصلهما بسهولة كما أن السلوك لا يمكن تقسيمه يبساطة إلى موروث ومكتسب، وتبعا لهذا الاعتبار تساهم الوراثة والبيئة معاً فى نمو السلوك كله ويمكن تحليل الخصائص السلوكية الناتجة إلى مجموع مؤثرات الوراثة والبيئة، والرأى الأكثر شيوعا هو أن الوراثة والبيئة تسهمان بالتضامن فى نمو السلوك الآن (٢ : ١٥٠) ويشير أيزنك إلى أن سمات الشخصية لا يمكن أن تورث دون التسليم بوجود بعض الأسس الفسيولوجية أو العصابية والبيوكيمائية التى تشكلها المورثات الحاملة لاستعدادنا الوراثية، أو بمعنى آخر لا تؤثر الوراثة فى السلوك بطريقة مباشرة، وإنما تؤثر فيه بطريقة غير مباشرة عن طريق التكوينات الجسمية وهذه التكوينات لها أهميتها من حيث أنها تحدد إمكانية التفاعل مع البيئة.

ويرجع أيزنك الاختلافات بين الناس فى الانفعالية أو العصابية إلى الاختلافات الموروثة فى درجة قابلية الجهاز العصابى المستقل للتغير والاستثارة، فبعض الناس بحكم تكوينهم لديهم استعداداً لأن يستجيب الجهاز العصبى لديهم بقوة لمختلف أنواع المنبهات التى يتلقاها، بينما أناس آخرون لديهم الاستعداد للاستجابة أقل بكثير. وإذا تتكامل ردود الفعل هذه كما هى مع النشاط المستمر للكائن المعين فأنه يحس بها كانفعالات ويتصرف تبعاً لذلك.

ومن النظريات التى تفسر دور الوراثة فى العصابية: نظرية الاستعداد الوراثى وتؤكد هذه النظرية على دور العوامل الوراثية Cenetic F، ويمكن أن يبرز دور هذه العوامل فى اضطراب السلوك كالآتى:

١ ـ وجود أحد الموروثات Gene غير السوية يكون تأثيرها فى السلوك محسوبا فى الفروق البيئية، وأيضاً فى الفروق فى نظام الطراز الأصلى للشخصية كمحدد يكمن وراء ذلك التأثير .

٢ ـ أو فى عدد كبير من المورثات يكون تأثيرها فى السلوك الصغير متشابه، ويطلق على هذه النظرية نظرية الاستعداد الوراثى وتحدث فى الصورة الآحاديةالعامل Unifactorial وفى الصورة المتعددة العوامل أيضاً Mul-tifactorial ويبدو أن الشخص الذى يكون موضوعا لانفعالات قوية، أو حتى واقعا تحت شروط قد لا تنشأ عنها فى العادة انفعالات قوية بالنسبة للشخص السوى، فإن هذا يكون راجعاً إلى احتمالات الوراثة.

وقد أكد أيزنك الدرجة التى يمكن لأبعاد الشخصية أن ترتكز عليها على الوراثة بتجاربة على التوائم المتطابقة والصنوية، وتتضمن التجربة تسجيل رد فعل الجهاز العصابى السمبثاوى لمختلف أشكال الضغوط سواء أكانت جسمية كدفع يده فى دلو ماء مثلج أو ضغوط عقلية (إجهاد عصبى) فوجد أن التوائم المتطابقة أكثر تشابها فى قوة استجابتها من التوائم الصنوية.

في دراسة (أيزنك وبريل ١٩٥١)، وقد استهدفت اختبار الفرض الدال، على أن البعد العصابي يتحدد جزئيا على الأقل بعوامل تكوينية أو وراثية، وقد أعتمد فيها الباحثون على أسلوب التحليل العاملي كطريقة رئيسية للتحليل، وقد درس الباحثات عينة قوامها ٢٥ زوجاً من التوائم الصنوية وعدداً آخر قوامه ٢٥ زوجاً من التوائم الاخوية، وكانت العينة كلها من أطفال المدارس، وقد تم حساب درجة العصابية لكل فرد، من أفراد العينة على بطارية من الاختبارات النفسية.

وقد أدت بالباحثين (أيزنك وبريل) إلى النتيجة الآتية:

لقد أوضحنا أن التوائم الصنوية أبدت ارتباطاً على العصابية بلغ ٠,٨٥١ على حين أبدت التوائم غير الصنوية ارتباطا بلغ ٠,٢١٧ فحسب، ومن هنا نستخلص أن الفروق الفردية بالنسبة للعصابية أو الاتزان أو التكامل... تحددها الوراثة إلى درجة كبيرة جداً، ولا تحددها البيئة إلا بقدر بالغ الضآلة... وتنطبق هذه النتيجة فحسب على ذلك النمط العام من البيئة التي تأتي منها جميع توائمنا، وربما لا يمكن تطبيقها في ظروف أكثر تطرفا من حيث المتغيرات البيئية كما قد يحدث في حضارات أخرى.

وقد اتفقت تلك النتيجة (أيزنك وبريل ١٩٥١) ودراسة شيلدز ١٩٦٣) في بحثه عن تأثير الوراثة على بعدى الانبساط والعصابية، فوجد أن التوائم المتماثلة التي تنشأ منفصلة ترتبط ارتباطاً عالياً في كل من الانبساط، العصابية مما يؤكد التأثير القوى للوراثة على هذين العاملين.

كما أجريت العديد من البحوث والدراسات في هذا المجال استخدمت فيها اختبارات الشخصية على عينات من التوائم الصنوية والأخوية اتضح منها:

١ ـ في اختبار برنوريتر للعصاب حصلت التوائم المتطابقة على ارتباط قدرة ٠,٦٣ وحصلت التوائم الآخوية على ٠,٣٢.

٢ ـ وقد أعطى اختبار لنفس البعد وهو اختبار (ودورث ـ ماتيوز) للثبات الانفعالى فأعطى معاملا قدرة ٠,٥٤ للمتطابقة، ٢٨, للأخوية. كما اتضح أن المعاملات تميل إلى الانخفاض فى اختبار خصائص أخرى للشخصية مثل السيطرة والاكتفاء الذاتى.

مما سبق يتضح أن الجهاز العصابى المستقل هو فى الأغلب الأساس البيولوجى للاختلافات الفردية فى ردود الأفعال الانفعالية.

رابعاً: العوامل البيئية ودورها فى نشأة العصابية:

أشار الباحث إلى أن التكوينات الفسيولوجية ممثلة فى التكوين العصابى للإنسان، تلعب دوراً هاماً فى تحديد استجابات الشخص، وهى بدورها عندما تتفاعل مع البيئة تلعب دوراً هاماً فى تحديد السلوك، لذلك يجب أن نعترف بالتأكيد أن لتأثيرات البيئة أهميتها.

فالسلوك كله هو نتيجة للتفاعل بين الوراثة والبيئة، فلا ينبغى المبالغة فى تأثير إحداها والتقليل من الأخرى. فالاستثارة أو التهيج الانفعالى المبالغ فيه فى المواقف العصابية يمكن أن ترجع إلى واحدة أو أكثر من الخبرات السابقة والتى تجعل الفرد حساساً للموضوع الخارجى بوجه عام، هذه الخبرات تكون أكثر شبهاً فى الحدوث فى موضوعات لها مكنون انفعالى واح، ومن المسلم به أن التكوين الانفعالى للفرد ضرورة للشعور بالعالم المحيط به، لذلك نرى أن الصحة المعتلة تزد الارجاعات الانفعالية علي أساس أن المرض خبرة نفسية يمكن أن يكون لها بعض الأثر فى حدوث الانفعال وعلي ذلك يمكن أن نرى أن هناك من الارجاعات الانفعالية ما هو شرطى، وإذا كان الاشراط هو التأثير الأخير، فإنه يمكننا أن نقول أنه منبع أو مصدر الانفعالية.

وأثر الصدمات الانفعالية يمكن أن يكون أكثر أو أقل أنتشاراً، بينما الانفعالية يمكن أن تكون أكثر أو أقل بوعية، فالمخاوف المرضية مخاوف

فى قياس هذا البعد وقد روعى فيها:

أ ـ قدرتها العالية على التمييز بين المجموعات السوية والمجموعات العصابية.

ب ـ التشبع العالى لهذه المقاييس بعامل العصابية.. ولذلك كانت أكثر كفاءة فى التمييز بين المجموعات السوية والعصابية فى كثير من البحوث التى استخدمت فيها:

أولاً: مقياس أيزنك للعصابية (نصف اختبار E.P.I)

والمقياس يقيس بعد العصابية، وهو من تأليف هانز أيزنك وسيبل أيزنك زوجته وهو مقياس للعصابية. وقد استخدمت فى هذا البحث الترجمة العربية الصورة (أ) ـ ويتكون المقياس من ٢٤ بند هى البنود الزوجية فى المقياس المستخدم ككل (عدد البنود الاجمالى ٥٧ بندا).

وفى التطبيق يطلب من الفرد أن يستجيب لتلك البنود بانها تنطبق عليه أم لا تنطبق والدرجة العالية على هذا المقياس تدل على عصابية واضحة.

وقد وجد أيزنك أن معامل الارتباط بين مقياس العصابية من E.P. I ومقياس التقلبات الوجدانية C.scale لجيلفورد ٩٢, وكانت (ن = ٤٠٠) ومن تجاربه لإثبات صدق هذا الاختبار أن طبق المقياس على عينتين من العصابيين والاسوياء فوجد أن درجاتهم على هذا المقياس لها أنحراف معيارى عالى يفوق متوسط الاسوياء (٢٣ ± ١٢) (ن = ٩٥) ويمكن النظر الى هذا المقياس على أنه مقياس نقى العصابية وقد اتضح أن معامل الارتباط بين مقياس العصابية والانبساط ١/٢٪ من التباين الكلى.

أما ثبات هذا المقياس من E.P.I فى بعض الدراسات الحديثة فهو ٠,٧٩ وكانت ن = ٥٠ وتدعم تلك الأرقام بشدة الحجة المقدمة فى مؤلف (أبعاد الشخصية) أننا فى العصابية تتناول عاملاً يتعلق بالشخصية، ويمكن قياسه بنفس ثبات وصدق قياس الذكاء.

ثانياً: مقياس التقلبات الوجدانية ـ جنيفورد C. Scale

والمقياس مستمد من بطارية جليفورد للشخصية المعروف باسم (S.T.D.C.R) ويهدف هذا المقياس إلى قياس بعض الأعراض المتعلقة بالاضطرابات الانفعالية أو الميل العصابي أو عدم التوافق الانفعالي.

والاختبار ذات طابع باثولوجي رغم تقنينه أصلا على أسوياء، فالمقصود به الإشارة إلى اتجاهات معينة لبعض مظاهر سوء التوافق عند الأسوياء من شأنها إذا تضخمت (إذا غلب حدوثها فى كثير من مواقف الحياة، وإذا كثرت أشباهها في سلوك الشخص) أن تؤدى بالشخص إلى المرض.

ومعامل الثبات لهذا المقياس بطريقة التصنيف باستخدام معادلة رولون = ٩٤٥ , وتشبعه بعامل العصابية ٩٤٩ , وهو تشبع عال بعامل العصابية (٢٢ :١٣٣) وقد اتضح لأيزنك فى أحد بحوثه أن الارتباط بين هذا المقياس ومقياس العصابية من (M.P.I) = ٩٢ ,٠ (ن = ٤٠٠) ولذلك وطبقا للبيانات السابقة فهذا المقياس يعتبر مقياساً جيداً للعصابية والمقياس يتكون من٦٩ سؤالاً، وقد أعد تعريبه إلى العربية أ.د مصطفى يوسف، ود. فرغلى فراج.

ثالثاً:ـ الأعراض الانهباطية ـ جيلفورد .

والمقياس أيضاً مستمد من نفس بطارية جيلفورد، وقد تبين تمثيل هذا المقياس للعصابية فى دراستين عامليتين إحداهما فى انجلترا (بتشبع ٩٧,) والأخرى فى مصر (بتشبع = ٩٤,) وثباته بطريقة التصنيف (ن =٥٠) ٠٨١ ويتكون المقياس من ٥٩ سؤال. وقد أعد تعريبه نفس العلماء.

نوعيه، ذلك نتيجة للصدمات الانفعالية وتراكم آثارها. وباختصار فإن تلك الخبرات الانفعالية التى ترجع إلى التكوين أو الخبرة المؤلمة تكون مصاحبة عادة بتخلخل قوى للطاقة تجعل من الصعب على الفرد التحكم فيها، وتأتى دوماً مصاحبة للارجاعات الانفعالية، هذا بينما بين الهادئين أو غير المنفعلين أو الأقل انفعالا يلاحظ أن الموضوعات تكون فقط استجابات متوائمة.

كما أننا لا ينبغى أن نغفل أثر العوامل الأسرية كما تتمثل فى أساليب التنشئة الاجتماعية وكذلك العوامل الثقافية، كما تتمثل فى البيئة التى ينشأ فيها الفرد سواء أكانت هذه البيئة دينية أو حضرية، فقد أثبتت مجموعة من الدراسات (د. محمود عبد القادر ١٩٦٦، ١٩٧٦، ١٩٧٠)- أن تكوين اعصاب يرجع فى المقام الأول الى مدى التشدد والتزمت الذى يبديه الآباء لأبنائهم عند تدريبهم لهم فى كل من موقفى الجنس والعدوان، وما يترتب على ذلك من آثار تظهر أولاً على شكل اتجاهات سلبية من هؤلاء الأبناء نحو آبائهم بما فى ذلك شعورهم بعدم التقبل وتظهر بعد ذلك أو من خلال ذلك على شكل تشوهات بدرجات مختلفة فى السمات المزاجية المكونة لشخصياتهم بمعنى أن تكوين العصاب أو أكتسابه يعتمد على كم التشدد والتزمت وليس كيفيته.

وقد ظهر من هذه الدراسات أن البعد الخاص بالعصابية عند الأطفال الأسوياء الذى يمتد إلى قوة الأنا ـ ينتظم بداخله أهم أساليب تنشئة الطفل، كذا اتجاهات الطفل نحو هذه الاساليب، وعلى هذا الاساس فأنه يمكن تفسير بعد العصابية على أساس أساليب التنشئة الاجتماعية للطفل فى السنوات المبكرة من عمره.

كما اتضح من هذه الدراسات أن قوة الأنا لا تتأثر الى حد كبير (فى جملتها وإن اختلفت التفاصيل) بالبيئة الثقافية العامة سواء أكانت تلك البيئة ريفية أم حضارية ومن النظريات التى تفسر دور البيئة والصدمات البيئية

فى حدوث العصابية، نظرية الانعصاب البيئى Environmental Stress The- ory ، ونظرية العلية المتعددة Multiple Causational Theory ، هذه النظريات التى أشار إليها (Slatter, 1944) تتفق فيما بينها على أن الانعصابات البيئية تلعب بعض الدور فى نشأة الاعصبة ولكن لا يمكن إغفال الاستعداد الوراثى للشخص وتأثيره العام فى الاستجابة.

ويجب التمييز بعناية بين العصابية أى عدم الاتزان الانفعالى الموروث الذى يهيىء الشخص ويجعله مستعداً لتكوين اعراض عصابية عند التعرض لضغط ويصاب فى النهاية بانهيار عصبى وبين العصاب وهو الذى ينتج من فرض ضغط انفعالى على الجهاز العصبى للإنسان فيميل إلى الاستجابة عن طريق الأعراض العصابية.

وقد يظهر العصاب عند شخص لدية درجة منخفضة من عدم الاتزان الانفعالى نتيجة ضغط بيئى قوى وشامل، وقد لا يظهر عند شخص آخر لديه استعداد شديد للعصاب نتيجة لعدم توفر الضغوط عليه. وثمة مقارنة واضحة بين العصابية، من ناحية وبين الذكاء والتعلم من ناحية أخرى، فإن الشخص مرتفع الذكاء على الرغم من استعداده لان يستجيب للتعلم استجابة جيدة إلا أنه قد يكون مع ذلك جاهلاً نتيجة لنقص التسهيلات التعليمية فى بيئته، والشخص الذى يغلب عليه الغباء قد يكتسب قدراً من المعرفة عن طريق تدريب وتعليم خاص على الرغم من نقص قدرته الفطرية.

خامساً: القياس الموضوعى للبعد العصابى:

بعد أن أطمأن أيزنك إلى وجود البعد العصابى بوصفه عاملاً أساسياً يحدد الآداء على العديد من مختلف اختبارات الشخصية وتقديراتها، عمد هو وزملاؤه إلى ابتكار وسائل القياس الكمى الدقيق لهذا البعد وأشار إلى أننا فى العصابية نتناول عاملاً يتعلق بالشخصية يمكن قياسه بنفس صدق وثبات قياس الذكاء وفى هذه الفقرة يعرض الباحث لبعض الاختبارات المستخدمة

ثانياً: بعد الانبساط/ الانطواء

بعد أساسى من ابعاد الشخصية ينتظم ظواهر السلوك من حيث ما تفرضه من مظاهر تتذبذب بين الاندفاع والكف، وما تفرضه من ميل لدى الشخص إلى التعلق بقيم مستمدة من العالم الخارجى أو بقيم غير مستمده من العالم الخارجى.

أ ـ الانبساط:

يرتبط هذا المفهوم(بكارل يونغ C.Jung) ويعنى به نمط معين منه الاتجاهات يتصف بدرجة مرتفعة من الاجتماعية والنفور من التفكير فى الذات، واستبطانها، والعواطف غير المستقرة، والاستعداد دائما للاستجابة لمنبهات البيئة،وإذا استخدمنا مصطلحات التحليل النفسى نجد أن هذا المفهوم يشير إلى إتجاه اللبيدو أو (الطاقة الوجدانية)نحو الخارج.

ب ـ الانطواء:

يرتبط هذا المفهوم كذلك (كارل يونغ) ويعنى به نمط من الاتجاهات يتصف بوجهه نظر ذاتيه، وميل إلى تقييم البيئة الخارجية، على أساس أن الذات هى مركز الاهتمام، والانطواء ضد الانبساط ويلاحظ أن طراز الوظائف الاتية تعقد التفرقة بين (الانطواء ـ الانبساط) وتلك الوظائف هى: التفكير، والحدس، والأحساس، والوجدان، ومن ثم فهناك ثمان أمكانيات لتصنيف أى فرد تبعا لنمط الاتجاهات ونمط الوظائف.

أولاً: الانبساط/الانطواء كأنماط سيكولوجية:

يتبين من التعريفات السابقة أن بحث هذا لابعد (الانبساط/ الانطواء) يرتبط عادة بكارل يونغ الطبيب النفسى السويسرى، وتشير معظم الدراسات إلى أن كارل يونغ لم يبتكر تعبيرات الانبساطية والانطوائية، ولكنه أخذهما من استعمال أوروبى شائع حيث كانت تستخدم بالتأكيد من أكثر من مائتى

سنة، كما لم يكن أول من وصف هذه الأنواع من الأمزجة كما يعتقد فهي ترجع إلى أبعد من ذلك (58- 85:34,83.57) .

تنظيم الشخصية في شكل عدد محدود من الأنماط (نمطين بوجه خاص) على هذا النحو كان شائعاً بين عدد من علماء السلوك في أوائل القرن العشرين حتى أن كارل يونغ قد أفرد في مؤلفه فصولاً خاصة لكل من جوردن، وجروس وغيرهم، وقد وضع كل منهم نظريات سيكولوجية متشابهة لنظرية كارل يونغ قائمة على أساس من تقسيم الأنماط.

فنرى جوردن قد قسم الناس إلى طرزان أساسين للشخصية هما: المتوتر المتأمل في مقابل المتوتر الميال إلى الفعل. وكذلك جروس وقد قسم الناس إلى طرازين كذلك ثم نرى كارل يونغ C.Jung وقد قسم الناس إلى نمطين أساسين للشخصية هما المنطوى والمنبسط وقد كان كارل يونغ هو أول من حصل على قبول عام لنظريته (نظرية النمط) وكانت شروحه للأنبساطي والانطوائي اساس الكثير من العمل اللاحق في هذا المجال.

وقد فكر كارل يونغ Jung في النمطين نتيجة عمله الطبي مع المرضى العصابين Nervous وهو يرى أن كل فرد يمتلك الميكانيزمين الانطوائية/ الانبساطية، ولكن غلبه أحد الميكانيزمين على الآخر هو الذى يحدد نمط الفرد.

فالمنطوى كما يرى كارل يونغ إنسان مشغول بعالمه الداخلي من خيال ونشاط بدني، وهو غير قادر نسبيا علي المشاركة الاجتماعية ويتجه اللبيدو أو (الطاقة النفسية) عنده إلى الداخل نحو عالمه الشخصي، على عكس المنبسط الذى يتجه اللبيد و (أو الطاقة النفسية)عنده إلى البيئة الخارجية ويهتم بالعلاقات الاجتماعية، ويجد فيها إشباعا لحاجاته اللبيدية.

ومعنى ذلك أن المنطوى: العوامل الذاتية هي التي تؤدى أهم دور في توجيه سلوكه ويجد فيها أشباعا والمنبسط: الأمور الخارجية هي أهم العوامل التي توجه سلوكه بطريقة مباشرة، ويجد فيها أشباعاً لحاجاته اللبيدية.

وهناك كما سبق الإشارة ـ أربع وظائف أساسية يوجه إليها اللبيدو وتحدد كل نمط وهي: التفكير والحدس والاحساس والوجدان.،تلك تمثل المنابع التى يستطيع أن يتعامل على أساسها الفرد مع العالم الخارجي. هذه الوظائف الأربعة توجه إلى موضوعات داخلية فينتج عن ذلك ثمانى إمكانيات لتصنيف أى فرد تبعا لنمط الاتجاهات ونمط الوظائف لديه.

هذان هما الاتجاهات اللذان يسلك من خلالهما اللبيدو، ويعتبران اتجاهين أساسين للشخصية ومؤثرين هامين فى العلاقات الشخصية وفى الصور العامة لحياتنا، وتفرقه كارل يونج بين النمطين ذات قيمة علمية فى فهمنا للسلوك التكيفى.

ويعتبر كارل يونج هذين النمطين نمطين بيولوجين أساسين متضادين. وأنهما يشيران إلى اتجاهات أساسية تميز كل من مظاهر التكوين النفسى للفرد.

وهناك ثلاثة نقاط ذات أهمية فى نظرية كارل يونج تجدر الاشارة إليها.

أولاً: تأكيد كارل يونج على أن الملاحظة الدقيقة وزن الشواهد يسمحان بتصنيف مؤكد لنمط الشخصية، وذلك من تعرف المرء على نمط الشخصية، منذ أول وهلة، ولذلك يشير إلى أن المرء لا يستطيع أن يصف نمطاً معيناً مهما كان كاملاً كونه ينطبق على شخص واحد بالرغم من أن الحقيقة أن الالاف يتسمون به.

ثانياً: وتعد أهم إضافة قدمها كارل يونج هى مطابقة أقطاب التوزيع للإنبساط/ الانطواء بالمجموعتين الرئيستين للأضطربات العصابية، فربط بين الانطواء والسيكاثينا، والانبساط والهيستريا.

ثالثاً: تأكيد كارل يونج على استقلال الانطوائية والعصابية، وخطر الجمع بينهما فهو يقول: (إن من الخطأ الإعتقاد أن الانطوائية هى العصابية بشكل أو بآخر، وكمفاهيم لا تمت الاثنتان إلى بعضهما البعض بأدنى صلة على الإطلاق).

ويلاحظ أن أنماط كـارل يونغ قـد ذاعت على أسـاس مظاهرها الانفعالية فالانطوائى ينظر إليه على أنه فرد مغلق من الناحية الانفعالية على نفسه يتجنب الاتصالات الاجتماعية، ويفضل العمل على انفراد، ويجد متعه فى العمل الخيالى أكثر مما يجدها فى حياه العمل، وأما الانبساطى فإنه يجد سهولة فى مقابلة الناس، ويجد سعادته فى المواقف الاجتماعية، ويهتم بمن حوله من الزملاء وبصداقتهم.

ولذلك يبين كارل يونغ أنه فى الشخصية المنبسطة تتجه(الطاقة النفسية) نحو البيئة الخارجية، بينما تتجه فى المنطوى نحو العالفم الشخصى، الانبساطى يتجه عادة فى كل حركاته وأفكاره وميوله ومشاعره نحو الاشخاص، والأشياء التى حوله وتتأثر آرائه ومعتقداته بأسس الجماعة، بينما يتأثر الانطوائى بالعوامل الشخصية، وتقاس مظاهر سلوكه بمقاييس شخصية داخلية. ويعتبر كارل يونغ هذين النمطين نمطين بيولوجيين أساسيين متضادين. وأنهما يشيران إلى إتجاهات اساسية تميز كل مظاهر التكوين النفسى للفرد.(٢ :٥٦٥).

كما يلاحظ أن كارل يونغ يضع تفرقه أخرى بين المنبسط والمنطوى على النحو الآتى:

عندما يتخذ الفرد معظم قراراته الأساسية على أساس علاقاته الاجتماعية الخارجية، ويعتاد على هذا الاتجاه يمكننا أن نضعه مع المجموعة الانبساطية أما الانطوائى فيصفه كارل يونغ بأنه الفرد الذى تؤثر على قراراته عوامل ذاتية، فشعور Consciousness الانطوائى يجعله يشك فى وجهات نظر الآخرين، ولذلك فهو يجعل من أحكامه الخاصة الذاتية التى يكونها هو وما يتوصل إليه بنفسه هى القرارات النهائية فى حكمه على الأشياء

وبالمثل نجد (كونكلن Conklin ١٩٢٢) يعرف الانبساطية بأنها حالة مستمرة يكون الانتباه فيها مشدوداً بظروف خارجية أكثر من الاهتمام

للفرد، ولهذا فمن المتوقع أن نجد علاقة بين التكوين الجسمى والاستجابات الانفعالية والسمات الذهنية، فإذا وجدت أنماطاً بيولوجية متشعبة للإنسان لكل منها خصائصها الفيزيقية والشخصية والذهنية لوجدنا اتفاقاً لدرجة ما بين هذه المميزات الفردية.

وإذا نظرنا إلى مشكلة الانماط هذه النظرة لانتهت المشكلة فى النهاية إلى الاهتمام بالعلاقة بين الصفات التكوينية والصفات السلوكية، الا أن هذه المشكلة لا تهتم بالسمات المنفصلة بل بالصورة المركبة للفرد كوحدة (٢: ٥٦٩ ـ ٥٧٠).

وبشكل عام فلقد قبلت نظرية كارل يونغ بشكل كبير وأجريت عديد من الدراسات فى محاولة لتقديم الأساس التجريبى لمضمونها.

ثانياً: الانبساط/ الانطواء كبعد أساسى من أبعاد الشخصية.

هو البعد الثانى من أبعاد الشخصية الاساسية فى نظرية أيزنك للشخصية، وقد حاول من خلاله أن يصنف الفرد على طول ذلك البعد أو المتصل الكمى، متصل الانطواء/الانبساط، ومعنى ذلك أن « بعد الانبساط/ الانطواء يمتد من طرف قصى إلى طرف قصى آخر ماراً بمنطقة وسطى يكون الناس فيها لا هذا ولا ذاك، وتشير المادة التى جمعت من التجارب إلى أن أغلب الناس يقعون فى هذا المنطقة الوسطى وهذا الوضع شديد الشبه بذلك الذى نجده في مجال اختبارات الذكاء، فنحن نتكلم عن الأذكياء والأغبياء، دون أن يعنى ذلك أن كل فرد هو أما غبى أو ذكى. فنحن نعرف جيداً أن هناك متصلاً كمياً يمتد على طول الطريق من أدنى ضعاف العقول إلى أعلى العباقرة، وإن أغلب الناس يقعون فيما بينهما بمعامل ذكاء يتراوح من ٩٠ ـ ١١٠ (67:58-59).

مع ذلك لكى نفهم الطبيعة المحددة للبعد، من المفيد أن تكون لدينا فكرة عن صفات التطرفين.

الانبساطي النموذجي:

شخص أجتماعي يحب الحفلات، وله أصدقاء عديدون، ويحتاج إلى الناس ليتبادل معهم الحديث، ولا يحب القراءة أو الدراسة بنفسه، وهو تواق إلى الإثارة، يغتنم الفرص، ويميل إلى التصدى للأمور، ويتصرف طبقا لوحي اللحظة الراهنة وهو بشكل عام إنسان مندفع مولع بالدعابات العملية، ولدية إجابة على الدوام، ويحب التغيير عموماً، وهو لا مبال ومتفائل، ويحب الضحك والمرح، وهو يفضل على الدوام أن يتحرك وأن يفعل شيئاً ما وهو يميل إلى العدوانية، ويفقد اعصابه بسرعة، وعلى العموم فإن مشاعره ليست تحت سيطرة محكمة، وهو ليس من الإشخاص الذين يمكن الاعتماد عليهم دائماً.

ومن جانب آخر فإن «الانطوائي النموذجي»

شخص هادىء ومن النوع الانعزالي المستبطن، المولع بالكتب أكثر من الناس وهو متحفظ ومترفع إلا مع الأصدقاء المقربين، وهو يميل إلى أن يخطط للمستقبل، وإن ينظر قبل أن يخطو، ولا يثق فى الانطباع الوقتى، وهو لا يحب الإثارة، ويأخذ أمور الحياة اليومية بالجدية الواجبة، ويحب طريقة الحياة المنظمة، وهو يتحكم فى مشاعره تحكماً وثيقاً ونادراً ما يتصرف بطريقة عدوانية، ولا يفقد أعصابه بسهولة، ويمكن أن يعتمد عليه وهو متشائم إلى حد ما ـ ويقيم وزناً كبيراً للمعايير الأخلاقية (67:59-60).

وهكذا نرى أن الاختلافات بين هذه الأنماط من الشخصية واقعية تماماً وتشكل عدداً كبيراً من المجالات المختلفة.

وعلى هذا فالمنطوى أكثر ذاتية، بينما المنبسط أكثر موضوعية، المنطوى يظهر درجة عالية من النشاط الذاتى، بينما المنبسط يظهر درجة عالية من النشاط السلوكى، المنطوى يظهر درجة عالية من ضبط النفس، بينما المنبسط يظهر ميلاً نحو نقص القدرة على ضبط ذاته.

بأخرى ذاتية، وعكسها تكون الانطوائية ـ أي عندما يكون مضمون الظروف الذاتية أكثر ارتباطًا بالموضوع.

أما (فرايد Freyed ١٩٢٤) فإنه يعرف الأنطوائى بأنه الفرد الذى يغالى فى أسلوب تفكيره، خاصة ما يتصل منه بصورة مباشرة بالسلوك الاجتماعى حيث يميل إلى الانسحاب من المشاركة الاجتماعية.

وقد استطاع مكدوجل McDougell ١٩٢٦ صياغة مفاهيم الانبساط/ الانطواء بتعبير سيكولوجى بقوله أن (ما يميز الفرد المنطوى ميله للأنشطة الداخلية الفكرية والتمادى فى ذلك النوع من الانشطة التى تعكس ذاته، أما الفرد الانبساطى فهو مستعد ومتهيء لمواجهه المثيرات البيئية فيعمل بصراحة ويعبر بسهولة بعيداً عن سيطرة الجهاز العصابى والنشاطات العقلية المعقدة أما (تانسلى Tansley ١٩٢٥) فإنه يعتبر الانبساطية من الوظائف البيولوچية البدائية للدماغ. بينما يأخذ (بنجهام Bingham ١٩٢٥) بالتعريف السلوكى فيرى أن الانطوائية تأكيد لميول مبالغ بها تؤدى إلى الانسحاب عن المشاركة الاجتماعية (57- 56 :56)

ولكن كيف يمكن التحقق من مثل هذه النظريات المتعلقة بالأنماط التكوينية؟

الوسيلة الأولى:

تقسيم الأفراد إلى مجموعات سلوكية متطرفة، ويتبع ذلك المقارنة بين هذه المجموعات من الناحية الفيزيقية، وقد ذاع استخدام هذا المنهج مع الحالات الشاذة بقصد التأكد من أن التكوين الفيزيقى يحدث استعداداً لدى الأفراد للاصابة بنوع معين من الاضطراب العقلى، فقد قورنت مثلاً نسبة عددالأفراد المكتنزنين الواهنين من بين الأفراد الذين تظهر عليهم المظاهر المختلفة من الجنون، وقيمت هذه النسب على ضوء المتوقع لها.

الوسيلة الثانية:

مؤسسة على التحليل الارتباطى للمقاييس التى جمعت من مجموعة عادية غير منتقاه، كما حسبت معاملات فيزيقية مختلفة للتكوين الجسمى لهذا الهدف، ثم حسبت معاملات الارتباط بين هذه المعاملات ودرجات الاختبارات أو التقديرات فى سمات الشخصية تكون محل الاهتمام. فإذا وجد معامل ارتباط قوى كان دليلاً فى الاتفاق بين السمات التى تتضمنها نظريات الأنماط.

الوسيلة الثالثة:

يتم أكتشاف واختيار (أنماط نقية) على أساس المظاهر الجسمية، ثم يلى ذلك بحث المميزات النفسية بحثاً شاملاً فى هؤلاء الأفراد المختارين. هؤلاء الأفراد يختارون أصلاً ليمثلوا (عينات صالحة) لكل نمط، ثم نقارن هؤلاء المجموعة المتباينة من حيث استجاباتهم الانفعالية والذهنية (أى من حيث السلوك).

الوسيلة الرابعة:

يتضمن حصر المركبات الأساسية لكل من التكوين الفيزيقى والشخصية وهذه المركبات تكون فئات الصفات التى يوصف الفرد على أساسها، ويلحق بأى نمط فى كل من التكوين الجسمى والمميزات السلوكية، ويمكن تبعاً لذلك إيجاد معامل الارتباط بين حالة الشخص الفيزيقية والنفسية.

وتجدر ملاحظة أن الفروق بين هذه الوسائل الأربع هو فى مواضع الاهتمام أكثر منها فى الاهداف البعيدة، فكلها مهتمة أساساً بالعلاقة بين المميزات التكوينية والسلوكية (٢: ٥٧٠ ـ ٥٧١).

ولعل التطبيق والأساس لمفهوم الأنماط بيدو فى تنظيم المميزات المختلفة

المنبسط يحقق التوافق عن طريق التعويض، بينما المنطوى يحقق التوافق عن طريق النكوص واللجوء إلى عالم الخيال والوهم.

وهكذا يوافق وصف أيزنك للمنطوى والمنبسط الوصف الذى قدمه جيلفورد ـ زيمرمان لنفس البعد. وقد أنتهت الدراسات العاملية فى هذا المجال إلى إستخلاص عوامل شبيهة بذلك العامل الذى انتهى إليه هانز أيزنك، وهو بعد الإنبساط الانطواء، ويخص الباحث دراسات كل من موزير وبيرت وجيلفورد.

ومن الدراسات التى قدمت لنا مفاهيما تكاد تتفق وهذا البعد عند كل من كارل يونج وأيزنك نظرية بيرت، فقد استخلص عامل الانبساط/ الانطواء من مصفوفة معاملات الارتباط وانتهى فيها إلى إربعة عوامل تسهم فى تشكيل التنظيم الانفعالى، وكان العامل الثانى فيها هو الانبساط/ الانطواء.

وقد تصور بيرت هذا العامل على أنه ثنائي القطب يقسم الأفراد إلى مجموعتين:

الأولى: وتتميز بأنها ذات الميول الاجتماعية النشطة، وهؤلاء يتميزون (بتأكيد الذات، الغضب، الاجتماعية، حب الاستطلاع ...الخ)

والثانية: ويتميز أفرادها بأنهم ذوى الميول المائعة الكابتة، وهذه تعبر عن الشخص المنطوى،وتلك الفئة تتميز بـ (الخوف ـ خضوع الذات، الخوف من المسئولية، حبة للدعة والاستكانة....إلخ)

ويذكر جيلفرود أن السمات (س، ت،ر S.T.R.) يمكن أن نعتبرها بمثابة أنواع ثلاثة من الأنطواء/الانبساط، ويمكن تمييز القطب المقابل للعامل (ر) على أنه التحكم فى النفس وضبطها كذلك أنتهى موزير إلى عامل الانطواء الاجتماعى (S.I) وعامل انطواء الجمهور كما تمثل فى عامل(P)

ويشير د. سويف إلى أن نتائج الدراسات العاملية فى الشخصية قد

أكدت وجود تلك العوامل الأساسية فى الشخصية، الانبساط الانطواء، العصابية/ الاتزان وإن اختلفت المترادفات المختلفة لهذه المحاور.

وعلى ذلك نرى أن أيزنك لا يعود إلى نظرية الانماط كما قال بها كارل يونغ بل هو فى الواقع يحاول التأليف بفضل ماوضعه من اختبارات موضوعية، وما ابتكره من منهج احصائى جديد هو التحليل المعيارى بين نظرية الأنماط، ونظريات السمات. فمن جهة يمكن التدرج من أحد طرفى البعد إلى الطرف المقابل له، ومن جهة أخرى عملاً بمبدأ الاقتصاد فإنه يقلل بقدر الإمكان من عدد السمات أو العوامل لاصطفاء العوامل النفسية غير المتداخلة، والتى يمكن تعريفها إجرائياً.

وربما تعد سيكولوجية السمة، أو ما يطلق عليه التصور البعدى للشخصية هو الذى اخذ به أيزنك فى كل دراساته، وابتعد فيها عن التقسيم الفئوى، وهى القاعدة التى اتبعها أصلاً جالين ومن بعده كانت وكانا متفقين بوضوح بأن أي شخص يمكن أن ينتمى فحسب الى نوع أواخر من هذه الأنواع وأن التداخل فيها مستحيل، ولذلك نجد إشارة أيزنك الصريحة أن المرء يمكن أن يضع كل شخص فى موضع محدد على متصلين كميين أو محوريين وبعبارة أخرى فإن أي شخص يمكن أن يكون فى أي مكان على متصل الإنطواء/الإنبساط ويمكن أن يكون له وضع محدد على متصل الاتزان/ عدم الاتزان.

ويمكتنا إذا أن نصفه طبقاً لمكانة فى هذا البناء ذى البعدين. وواضح أن كل المواضح محتملة. بمعنى أنه يمكن شغلها بشخص محدد، والاغلب أن تتجمع الأغلبية عند الأصل أي أنها لا تكون سوداوية ولا بلغمية ولاصفراوية ولادموية.

ثالثاً: العلاقة بين الإنطواء/الإنبساط والميل إلى العصاب:

انتهى جانيه (P. Janet) إلى أن الاضطرابات العصابية يمكن أن تقع

فى مجموعتين رئيسيتين أحداهما وقد أطلق عليها السيكاثينيا -Psychasthe nia والثانية وأطلق عليها الهيستريا Hysteria، فى المجموعة الأولى نجد حالات القلق، والاكتئاب، المخاوف المرضية، العادات الوسواسية القهرية ـ وفى الثانية نجد ضروب من اضطربات الشخصية كفقدان الذاكرة، العمى الهستيرى، السلوك الهستيرى، الاضطربات العضوية الظاهرة والتى لا تكون لها علة عصبية ملحوظة.

وقد يمثل كارل يونج C.Jung هذه التفرقة التى انتهى إليها جانيه، واقترح أن المنبسط يميل إلى الاضطرابات الهيستيرية عندما يمرض، بينما المنطوى يميل إلى الإعراض السيكاثينية .. وينتهى إلى « الخبرة الطبية قد علمتنا أن هناك مجموعتين كبيرتين من الاضطرابات العصابية الوظيفية الأولى وتضم كل الأشكال لأمراض التى يتم تشخيصها بالهيستريا، والأخرى وتضم كل الاشكال التى تشخصها المدرسة الفرنسية بالسكاثينية ...الهيستريا وتندرج فى طراز الانبساط، والسياثينيا وتندرج فى إطار الانطواء.،من ثم كانت ملاحظة كارل يونج مفيدة جداً لعلمنا ومثمرة إلى حد كبير.

وإذا فحصنا الدراسة الأصلية لأيزنك (56:33-47) والتى اجريت على سبعمائة جندى عصابى، وجدنا أن الأبعاد الأساسية التى انتهى اليها هى العصابية (N) الانطواء/ الإنبساط (I.E) وقد استخرجت هذه العوامل أو الابعاد من التحليل العاملى لتسع وثلاثين فقرة أختيرت من صفحة للبيانات الشخصية تتضمن تقديرات للشخصية إلى جانب معلومات واقعية تتعلق بالمفحوصين عن تاريخ حياتهم. هذا إلى أنه قد تم ترتيبهم بالنسبة لعدد كبير من السمات وفقا لما يراه السيكاترين.

ونجد أن العامل الأول يتصف بالتنظيم السيء للشخصية، الاعتماد على الغير، قلة الطاقة، الاهتمامات الضعيفة (الميول الشبيهة بالفصامية

Schizoid)) (والميول الدورية Cyclothymic) القابلية للإصابة بالمرض ويشير أيزنك إلى أن كل تلك الصفات تشير إلى نقص عام فى تكامل الشخصية، ونقص التوافق، وإمكن أن يطلق على هذا العامل اسم (العصابية).

أما عن العامل الثانى والذى انتهى إليه أيزنك من خلال التحليل العاملى فقد تتضمن مجموعتين متناقضتين من الأعراض والسمات الشخصية، المجموعة الأولى وتضم الحصر، الاكتئاب، والميول الحوازية، وعدم الاستقرار، (والدورية Cyclothmic) بينما تضمنت المجموعة الثانية، الهيستريا التحويلية، قلة الطاقة والاهتمامات الضعيفة الاتجاهات الهستيرية، الذكاء الضعيف، وتوهم المرض، بالاضافة إلى التاريخ المهنى السيء.

ويشير أيزنك إلى أننا فى هذا البعد أمام تعارض، فهناك الديستاميين ومجموعة السمات والأعراض المكفوفة من ناحية، وهناك الهستيريين ومجموعة اللا اجتماعيين A Social من ناحية أخرى.

وأما عن العامل الثالث فكان « توهم المرض Hypchondriasis». وكان العامل الرابع عامل ثنائى القطب أحد أقطابه الاستكانة والقطب الآخر هو الصراع النفسى ولم ينتبه أيزنك إلى تسميه محددة له كبعد كامل. . .

ويشير أيزنك أن الدراسة قد أنتهت إلى تحديد عاملين أساسين يعتبران مباديء للتصنيف الأول وهو عامل العصابية، والثانى يمثل بعد ثنائى القطب أحد أقطابه الهيستريا والثانى الديستاميا وهذان العاملان كما يرى أيزنك مستقلان تماما عن الأخر،.

وبعد عزل هذين المتغيرين استمر أيزنك وزملاؤه فى أستكشافهما فى عدد كبير من الفحوص التالية حتى يمكن تمييز الأبعاد بدقة أكبر.

وقد أدت تلك الدراسات إلى وصف كامل مركب لصفات الفرد المتطرف على أحد متغيرى العصابية، الانطواء/الانبساط، ويرى أيزنك أن نتائجة فى هذا المجال تمثل تأكيداً جوهرياً للأفكار النظرية التى قدمها كارل

يونج وفى موقع آخر من مؤلفه يشير إلى أن هذا يعتبر اتفاقا بينه وبين كارل يونج. وفيما يلى يقدم لنا أيزنك وصف تفصيليا للمنطوى العصابى، والمنبسط العصابى، مبينا ان المنطوى يميل فى مرضه الى عصاب من النوع الأول. وهو النوع الديستامى وإن المنبسط يميل فى مرضه إلى الإجرام، وهو النوع الثانى من الاضطرابات الهيسترية.

أ ـ العصابى المنطوى:

وهو ينتمي إلى مجموعة (الديستيامين Dysthymic) وتبدو عليه أعراض الحصر والقلق والاكتئاب والوساوس، ويكون سريع التهيج، ولا يبالى كثيراً بما يدور حوله، ويكون جهازه العصابى المستقل (سبثماوى وباراسبثماوى) قليل الاستقرار والثبات مما يؤدى إلى تغيرات فجائية فى الحالة المزاجية، وهو خجول عصبى، يستسلم لاحلام اليقظة، يجرح أحساسه بسهولة، قليل المشاركة الاجتماعية ويشكو كثيراً من الأرق، ومن حيث بنيانه الجسمى فإن النمو الرأسى غالبا على النمو الأفقى وهو ضعيف الاستجابة، مجهد، وذكاؤه العصابى المنطوى أعلى من المتوسط نسبياً، ودرجة مثابرته مرتفعه، ويتميز بالدقة فى عمله وإن كان بطيئاً نسبياً، ومستوى طموحه مرتفع غير أنه يميل إلى الحط من قيمة آدائه، وهو يميل إلى الصلابة، ومن الناحية الجمالية فإنه يؤثر اللوحات الهادئة الكلاسيكية، وعندما يبدع فنيا فإن رسمه يكون متماسكا قليل الفراغات، وموضوعيا عيانيا مجسما.

ب ـ العصابى المنبسط:

وهو ينتمى إلى مجموعة الهيستريين فتبدو عليه أعراض الهيستيريا التحولية ويقف من أعراض عصابة موقف الهيسترى، الذى يحاول التهرب من واجباته ومشكلاته، قليل الجلد، محدد الاهتمامات مضطرب فى حياته المهنية يميل إلى الهجاس، ويتوهم الإصابة بالأمراض الجسمية كثير التعرض

لإصابات العمل، كثير التعطل عن العمل بسبب المرض، كثير الشكوى من شتى الآلام...استجابته للجهد جيدة . ومستوى الذكاء لدى العصابى المنبسط منخفض نسبياً، وثروته اللغوية فقيرة، يميل للسرعة فى العمل، غير أنه يعوزه الدقة، ومستوى طموحه منخفض، غير أنه يميل إلى تضخيم قيمة آدائه، وهو يميل إلى المرونة وإلى القابلية للتشكل، وعندما يبدع فنيا فإن رسمة يميل إلى التشتت وموضوعه آميل إلى التجريد.

وقد بين أيزنك ان العصابى المنطوى (مجموعة العصابى الديستامى) يكون أكثر استبصاراً بحالته من المجموعة الهيستيرية والسيكوباتية (مجموعة العصابى المنبسط).

ويرى أيزنك أن لتلك الطراز علاقة تشابهية على الأقل بالتشريح الفريد النفسى، بمعنى أن (الهو I.D) تبدو مسيطرة لدى المنبسط الهستيرى فى حين تبدو الأنا الأعلى هى الأقوى لدى المنطوى الديستامى.

ذلك أن أيزنك قد استند إلى الأسس السابقة فى التصنيف الذى قدمه لكل من العصابى المنطوى والعصابى المنبسط، وتبين منها أن الصفات التى تميز الديستامى هى تماماً الصفات الاجتماعية المرغوبة، والتى تكون مرغوبة من الأنا الأعلى، بينما الصفات التى تميز الهيسترى تتركز فى الحصول على اللذة المباشرة، ولذلك نجد أن كلها صفات ترتبط بالهو I. D).

ومن ناحية أخرى فإن (التصلبRigidity) عادة يرتبط بسيطرة الأنا الأعلى ويمكن أن نجد التصلب فى استجابات الديستامى للخبرات الناجحة والفاشلة، أيضا فى نزعته فى إنتاج تفصيلات متلاحمة (فى اختبار المزايكو) بينما نجد أن الهستيرى يظهر قدراً أقل من التصلب وتصمياته أكثراً تناثراً.

ومن ناحية ثالثة فان ميل الهيسترى والديستامى إلى النكت الجنسية ـ الدرجة فيه بينهما واضحة، وبمصطلحات النظرية الفرويدية فان الهو I.D يمكن أن يتفق وهذا النوع من الفكاهه بدرجة يعارض الأنا الأعلى لدى الديستامى هذا النوع من الفكاهة.

وعلى هذا يتضح أن الديستامى يمثل أكثر الطرز العصابية المكفوفة تطبعا أجتماعياً بينما أن الهيسترى يظهر أنه غير مكفوف ولا اجتماعى أكثر Ascocial .

وإذا كان فرويد قد وحد بين الانطواء وابتداء العصاب، ووصف المنطوى على أنه عصابى فى طور مبكر ثم كان رأي يونغ فى استقلال الانطوائية والعصابية وخطأ الجمع بينهما واشارته بأن الصلة بين المفهومين كل منهما بالآخر ليست واضحة تماماً، ثم جاءت بحوث أيزنك واستطاع أن يدلل على أنه لا يوجد ارتباط داخلى بين بعد الانبساط/الانطواء وبعد العصابية. وربما يرجع سبب الخلط بين العصابية والانطواء بهذه الصورة أن معظم الاستخبارات تستخدم مفهوم فرويد Freud للأنطواء بدلا من مفهوم يونغ لنفس البعد وشتان بين المفهومين.

الطبيعة الثنائية للإجتماعية والخلط بين مفهومي الانطواء والعصابية:

ويضيف أيزنك سببا اخر لذلك الخلط فى بحث له عام ١٩٥٦ بعنوان The Questionnaire Measurment of Neuroticim and Extraversion., 1956 فقد بين فى هذا البحث أن الاجتماعية Sociability تلعب دوراً هاماً فى تصميم الاستخبارات، ففى استخبارات العصابية وجد أن البنود التى تشير إلى الخجل الاجتماعى Social shyness غالبا ما تكون درجاتها مؤشراً للتنبؤ بالعصابية وبالمثل ففى استخبارات الانبساط/ الانطواء فإن هذه البنود التى تشير إلى الخجل الاجتماعى غالبا ما تكون درجاتها مؤشراً للتنبؤ بالانطواء.

ويلاحظ أن استخبارات الانطواء غالبا ما ترتبط بدرجة عالية باستخبارات العصابية تماماً كما ترتبط استخبارات الانطواء ببعضها، وكما ترتبط استخبارات العصابية أيضاً ببعضها.

وقد تغير هذا الموقف تغيراً عميقاً خلال بحوث جيلفورد، فقد اتضح من خلال بحوثه أن هناك عاملاً ثنائى القطب أطلق عليه، (الخجل

الاجتماعى) وهذا العامل يدخل فى عديد من التحليلات العاملية المختلفة، ومازالت تجرى عليه كثير من البحوث ويبين أيزنك أن هذا العامل يرتبط ارتباطًا عاليا بكلا العصابية والانطواء.

وقد تبين فى دراسة منفصلة للسلوك الاجتماعى للافراد الذين حصلوا على درجات مرتفعة فى العصابية والانطواء، إلا أن الخجل الاجتماعى للانطوائى يختلف من نواحى كثيرة عن الخجل الاجتماعى للعصابى أي أن هناك نوعين من الخجل الاجتماعي ولا علاقة بينهما واذا وضعت تلك الملاحظات فى شكل فرض فسنجد. ان المنطوى قد لا يهتم بالناس فهو ينزع إلى الوحدة، ولكنه يستطيع أن ينجح فى النشاط الاجتماعى بدرجة كاملة، ومناسبة بدون أي قلق أو خوف، بينما الشخص العصابى مختلف تماما فإنه لدية رغبة وميل للاندماج فى المواقف الاجتماعية، ولكن القلق والخوف يمنعانه من أن يقبل ذلك وتعد هذه الاعراض مشاعر سلبية يستطيع أن يتجنبها ويهرب منها بغية أن يندمج فى المواقف الاجتماعية ـ وبعبارة أخرى أن المنطوى لا يريد أن يكون فى صحبة الآخرين بينما العصابى فهو يريد أن يكون مع الناس الآخرين، ولكنه يخاف من وجوده بينهم ويبدو أن الخلط ين هذين النوعين هو سبب الارتباط بين الانطواء والعصابية فى كثير من الاستخبارات التى لم تستطيع أن تعزل بين هذين العاملين.

رابعًا: الأساس الفيزيولوجي للأنبساط/ الإنطواء:

أجريت دراسات كثيرة عن الوراثة والبيئة وتأثيرهما على الانماط السلوكية كان أهمها الدراسات التى أجريت على التوائم، ويرجع أهمية هذه الدراسات عن الوراثة إلى أنها تشير بقوة إلى ضرورة وجود بعض الجذور البيولوجية خلف السلوك والشخصية.

ومن الواضح أنه لا يمكن تصور أن سمات الشخصية مثل الانبساط والانفعالية يمكن أن تورث دون التسليم بوجود بعض الأسس الفسيولوجية

والبيوكيميائية والعصابية التى تنتجها بالفعل أو تشكلها المورثات الحاملة لاستعدادتنا الوراثية. وبعبارة أخرى فإننا لا نقول بأن السلوك نفسه هو الموروث، ولكن تركيبات أخرى معينة فى الجهاز العصابى المركزى أو الجهاز العصابى المستقل هى التى تورث، وهى بدورها عندما تتفاعل مع البيئة تلعب دوراً فى تحديد السلوك.

أ ـ ميكانيزم الكف والاثارة:

اعتمد أيزنك فى تفسير بعد الانبساط/الانطواء على نظريته فى (الكف والتنبيه) وقد سلم أيزنك بأن نمط شخصية الفرد يتحدد بصفة قاطعة بما تقوم به القشرة المخية من كف أو إثارة، وما تقوم به القشرة المخية يمتد بين تطرفين الكف فى مقابل الإثارة.

ويعنى أيزنك بالإثارة من الناحية السلوكية والعصابية تسهيل الاستجابات الإدراكية والحركية وإستجابات التعلم والتفكير فى الجهاز العصبى المركزى، كما يعنى بالكف عكس هذا أى إخماد استجابات الحركية والتعلم والتفكير المركزية، وعلى هذا فإن الإثارة هى الأساس لكل أنشطتنا فى الحياة، وبمعنى آخر أنه بدون الإثارة لا يكون هناك تعلم أولا يكون هناك سلوك.

وقد انتهى أيزنك إلى حقيقة هامة مؤداها أن أمكانيات الكف غالباً ما تكون أكبر لدى الإنبساطيين وإمكانيات الإثارة أكبر لدى الإنطوائيين.بمعنى أن آثار الكف الاستجابى كما يقرر أيزنك ـ تتراكم بسرعة أكبر وبصورة أشد عند الانبساطيين مما هى عند الانطوائيين.

ب ـ التشريط بين الانطوائينن والانبساطيين:

طبقاً لعملية التشريط التى استند عليها أيزنك فى تجاربه، فقد تبين أن الاختلافات فى التشريط بين الإنبساطيين والإنطوائيين لها أهمية خاصة. وقد كان بافلوف أول من أوضح كيف يمكن لتأثيرات الكف القوية أن

تعرقل مسار التشريط، ولذلك فنحن نتوقع أن الانبساطيين بمالهم من إمكانيات قوية للكف سيكون التشريط لديهم أقل من الانطوائيين وإنهم سوف يتخلصون منه بدرجة أسرع.

وقد أتضح من إحدى التجارب التى إجراها أيزنك على مجموعات من الإنطوائيين والإنبساطيين من الأسوياء والعصابيين أن التشريط يتم لدى الانطوائيين بقوة تبلغ ضعف القوة التى يتم بها لدى الانبساطيين.

مما سبق يتضح أن نمط شخصية الفرد ـ منطويا كان أم منبسطا سيتحدد بما تقوم به القشرة المخية من كف أو أثارة، ولذلك فهما أساس فهمنا للإنبساط والإنطواء.

وقد انتهى أيزنك فى دراسة له عام ١٩٥٦ بعنوان The Inheritance of extroversion - Introversion 1956.

وقد حاول فيها أن يثبت وجود بعد الانبساط/الانطواء لدى الأطفال يماثل تماما ذلك الذى يوجد بين (البالغين adults) وأن هذا العامل يمكن قياسه وقد نجح فى إثبات هذه الحقيقة.

كما تعرض الباحث لدراسة أثر الوراثة على الانبساط/الانطواء، وكانت عينه البحث تضم ١٣ زوجاً من التوائم الصنوية من الذكور Identical. T. وعدد ١٣ زوجاً من التوائم الصنوية الاخوية Fraternal الإناث وبتحليل الارتباطات الداخلية بين الأنماط المختلفة للتوائم، ظهر له أن التوائم الصنوية يشبه كل منها الآخر بدرجة جوهرية في العوامل الثلاثة فى الانبساط والانطواء، الذكاء، النشاط، الاتونومى؛ مما يؤكد أن الوراثة تلعب دوراً هامل فى تحديد تلك الأبعاد الثلاثة من الشخصية بدرجة كبيرة.

وقد تأكدت هذه الحقيقة فى دراسة أجريت بجامعة لندن للحصول على درجة الدكتوراه عام ١٩٥٤ بعنوان An experimental study of the inheritance of (Interversion - Extroversion), 1954.

وقد اتضح من نتائج هذه الدراسة أن الارتباطات الداخلية تكون مرتفعة لدى التوائم الناشئة عن بويضة واحدة Monozygotic، من التوائم الاخرى والناشئة عن بويضتين Dyzygotic، وهذا يؤكد أن الانبساط يستند بقوة إلى الاستعداد الوراثى منه إلى العوامل الأخرى، ولذلك كان تأكيده، على أن أسهام الوراثة فى عامل الانبساط يكون أقوى من تأثير البيئة بدرجة كبيرة.

خامساً: الأساس الاجتماعى للإنبساط/الإنطواء:

حدد أيزنك الشخصية السلوكية بأنها (الشخصية التكوينية × البيئة) وعلاقة × لا تعنى التفاعل بين القوتين - ومعنى ذلك أن السلوك كله هو نتيجة للتفاعل بين الوراثة والبيئة ومن الخطأ المبالغة فى تأثير إحداهما والتقليل من شأن الأخرى.

ولقد افترض أيزنك أن السلوك الاجتماعى هو فى الحقيقة نتاج لعملية تشريط وهى عملية كثيراً ما تقف فى طريقها العوائق فى بعض الحالات بسبب الطبيعة التكوينية لبعض الأفراد التى لا تسمح لعملية التشريط أن تتم لديهم بنفس السهولة التى تم بها لدى غالبية الافراد، وسيكون من الواضح أيضاً أنه حتى الشخص القابل للتشريط بسهولة لن يكتسب الاستجابات الاجتماعية التى نعتبرها مرغوبة اذا لم يمر فى الواقع بعملية التشريط التى اعتبرناها اساسية، فالولد الذى ينتمى لأب لص وأم عاهرة، لا يتلقى قط نوع التشريط اللازم لكى يجعل منه مواطناً مطيعاً للقانون، بل الارجح أن العكس هو الذى يحدث فإذا كان قابلاً للتشريط بسهولة سيكون من المحتمل أنه سيمر بعملية التشريط والتى ستبرز أشكالاً من السلوك بوصفها مرغوبة فى حين أن المجتمع لا يعتبرها كذلك.

نحن فى وسط أكثر الجماعات اجراماً يتطلب الأمر أنماطاً معينة من السلوك، حتى يمكن لهذه الجماعات الصغيرة أن تقوم بوظائفها... كما أن الأب اللص والأم العاهرة المفترض فى مثالنا سيجدان من اللازم فرض نوع من الطاعة بين أبنائهم على الأقل لتنفيذ أوامرهم، وسيجد هذان الأبوان أنه

من الضرورى أيضاً التأكيد على فضيلة قول الصدق واحترام ملكية الاخرين، وعلى الاقل فيما يتعلق بالعلاقات الداخلية للأسرة.

كما أن الأطفال يتلقون قدراً لا بأس به من التشريط ممن هم أكبر منهم ومن مدرسيهم، ومن مختلف التأثيرات الخارجية، بحيث لن يخلو الأمر من أشكال التشريط فى اتجاه العادات الاجتماعية المرغوبة.

وعلى أي حال يجب أن نلح بشدة على أن ناتج عملية التشريط يرجع إلى عاملين أحداهما هو قابلية الفرد العقلية للتشريط، والاخر هو عدد الازدواجات بين المنبهات الشرطية وغير الشرطية، والأول هو عامل تكوينى، والثانى عامل بيئوى يتعاون الاثنان بوضوح فى إحداث الناتج النهائى.

وهناك حقيقة أخرى مؤداها أن نمط الشخصية الانطواء/ الانبساط يرتبط باهتمامات الحب والنبذ فى حياة الطفل المبكرة، فمثلا يرتبط الاتجاه المنبسط باهتمامات الحب التى يتلقاها الأبناء عن الآباء خلال مرحلة الطفولة، كما يرتبط الاتجاه المنطوى لدى الفرد بعملية النبذ أو الرفض للطفل فى مرحلة الطفولة المبكرة أيضاً.

يقول Roe إن الطفل إذا ما وجد سلوك الحب الآموى مشبعا له فإنه يندفع إلى إن يتفاعل مع الناس ويشاركهم خبراتهم السارة، ذلك بعكس المشاعر والخبرات الناشئة عن عملية النبذ أو الرفض فإنها تؤدى إلى أعراض عصابية كالقلق والرغبة فى الانسحاب.

كما ترتبط هذه الاتجاهات أيضاً بمدى الرعاية والحب الذى يلقاه الأبناء من الآباء فتلك تزيد عن رغبات الطفل الانبساطية... بعكس النبذ أو الرفض الأبوى للطفل والذى قد يؤدى به غالبا إلى نماذج انطوائية ذلك أنها تحمل فى مضمونها معنى العقاب له.

ويشير د. عبد الرحمن عيسوى فى مؤلفه معالم علم النفس ١٩٧٩ : ٢١٣ إلى أنه قد لوحظ أن التوأم الذى يتربى مع أمه يكون أكثر انبساطا من

زميله الذى حرم منها وكذلك يميل الطفل الوحيد أن يكون منطوياً. وتعتمد هاتان الظاهرتان اعتماداً كبيراً على ما يلقاه من معاملة المحيطين به فالطفل الذى يحرم من إشباع حاجاته الأولية، والذى يجد صداً دائماً من قبل الكبار حين يريد التعبير عن نفسه لابد وأن ينزع إلى الانسحاب، وكذلك وجد أن مواقف الإحباط التى يتعرض لها الطفل فى المدرسة تشعره بالألم، ومن ثم يتفادى هذا الأحساس المؤلم بالانسحاب كإحدى الحيل الهروبية من المواقف غير المرغوب فيها، كذلك العكوف على توجيه النقد الهدام للطفل وذمة وبخس قدراته من شأنه أن يقوده إلى الشعور بالنقص وعدم الثقة بنفسه. ومن ثم يلجأ إلى الإنطواء، وكذلك التربية الاتكالية حيث يحرم من الفرص التى يتمرن فيها على تحمل المسئولية والقيام بإدوار قيادة من شأنها أن تدفعه إلى الانزواء فى المناسبات التى تتطلب مثل هذا السلوك، وكذلك غلق الطريق أمام الطفل للتعبير عن نفسه من شأنه أن يقوده إلى الصمت والاستغراق فى الأحلام، والتسلط على الطفل والسيطرة عليه والافراط فى القسوة والضعف والكبت والحرمان والإهمال والمعايرة والتوبيخ وما إلى ذلك له أثره فى اتجاه الطفل نحو الانطواء أو الانبساط وللمدرس وأسلوب التربية أكبر الأثر فى ذلك.

وتتفق تلك النتائج ودراسة كمنجز Cummings فى انجلترا والتى نشرت عام ١٩٤٤، كما تتفق ونتائج الدراسة التى قدمها جون بولبى إلى منظمة الصحة العالمية عام ١٩٥٤، وكلها تشير إلى الدور الذى يمكن أن تلعبه الأسرة فى مجال رعاية الأطفال وتنشئتهم.

سادساً: القياس الموضوعى لبعد الانبساط/الانطواء.

لتمثيل بعد الانطواء/ الانبساط بما يتضمنه قطبه الإيجابى من ميل الشخص إلى الاندفاع نحو التصرف أكثر منه إلى التريث والتفكير، وتوجيه طاقته النفسية واهتمامه نحو الخارج، وبخاصة من خلال تعدد علاقاته

الاجتماعية فى مقابل التريث وتركيز العلاقات الاجتماعية وتفضيل العمق فيها على الاتساع وهى السمات التى تنظم القطب السالب فى هذا البعد - قطب الانطواء.

اختيرت المقاييس الآتية:

أ - مقياس الانبساط (نصف قائمة E. P. I أيزنك)

يتكون مقياس الانبساط من ٢٤ بنداً هى البنود الفردية فى المقياس المستخدم ككل. وقد استخدمت الترجمة العربية المصورة (أ) من (E. P. I) وفى التطبيق يطلب من الفرد أن يستجيب لتلك البنود بأنها تنطبق عليه أم لا تنطبق والدرجة العالية على هذا المقياس تدل على انبساط واضح.

وثبات هذا المقياس بالتصنيف وتصحيح الطول قدرة (٠,٦٩) وقد حدد أيزنك أن الارتباط بين مقياس الانبساط من (M.P.I) ومقياس R من بطارية جيلفورد = ٠,٧٩ (ن = ٤٠٠) ومن تجارب أيزنك لاثبات صدق هذا الاختبار أن طبق المقياس على مجموعة من ١٠ هيستيريين وديستاميين، فكانت درجاتهم على المقياس ٢٨، ١٨ على التوالى، ومعنى ذلك أنه يمكن النظر إلى هذا المقياس على أن له القدرة على التفرقة بين المنبسط والمنطوى والتمييز بين الهيستريين والدستياميين.

ومعامل الارتباط بين مقياسى العصابية والانبساط معامل سالب بسيط لا يتعدى ١/٢ ٪ من التباين الكلى.

ب - مقياس الانطواء الاجتماعى مشتق من (M.M.P.I)

المقياس مأخوذ من بطارية المنيسوتا والمعروف باسم S. R. Hathaway, S. J. C. Mackinly ويقيس هذا الاختبار ميل الفرد إلى الابتعاد عن الناس، والميل عن أيجاد صلات اجتماعية، وعدم الاشترك فى أوجه النشاط المختلفة التى تشترك فيها مجموعة من الناس ويتكون هذا الاختبار من سبعين سؤالاً،

يطلب من الفرد أن يستجيب لها بأنها تنطبق عليه أم لا تنطبق، والدرجة العالية على هذا الاختبار تدل على الميل الواضح نحو الانطواء.

ومعامل ثبات هذا الاختبار بطريقة التصنيف بإستخدام معادلة رولون كانت (ن = ٢٠، ٠,٩٧٦)

وقد قام الباحث بعزل (مقياس الانطواء الاجتماعى) (S.I) بواسطة أرقام عباراته وعزلها من الترجمة العربية للمقاييس وصنفها بطريقة عشوائية.

جـ ـ مقياس الانطلاق والتخفف من الأعباء Rhathymia لجيلفورد:

وقد تبين فى أكثر من دراسة علمية تشبع هذا المقياس على عامل الانبساط وقد تبين أن معامل ثباته بطريقة التصنيف بإستخدام معادلة سبيرمان بروان وكانت (ن = ٥٠) = ٠,٦٣ والمقياس يتكون من ٦٨ سؤلا، وقد أعد تعريبه كل من أ. د مصطفى سويف، د. فرغلى فراج.

ثالثاً ـ بعد الذهانية / السواء

تمهيد

الذهانيـة psychoticism بمثـابة تصـور بعـدى فى تناول السلوك الذهانى وسماته، يستند إلى نظرية فى الشخصية واضطراباتها، وهى استعداد الفـرد للإصابة بالذهان أو احتمـال تعرضـه للانهيـار الذهانى تحت وطأة الضغوط البيئية التى تفوق تكوينه النفسى. وبعد الذهانية ليس هو الذهان «المرض العقلى» بأعراضه المختلفة، ولذلك فنحن فى ضوء هذا البعـد إنما نعـمل على تحـديد السـمـات التى تمهـد للإصـابة بالذهان وتهـيىء له (Claridge, 1981 : 79 - 109) :

والمفروض فى هذا البعد أنه يضم مجموعة من الوظائف النفسية التى تنتظم عـملية التوافق مع مدركات العالم الخارجى بوجه خاص، ويؤدى اختلالها إلى ظهور أعراض الذهان على الشخص. (٢٢ : ١٩٧، ١٩٧٨)، ويتـفق مـعظم البـاحـثين على أن المقـصـود بالذهان فى هذا المصطلح (هو الذهان الوظيفى)، ومن المسلم به أن الأمراض العقلية إما عضوية وهى ما كان لها أساس عضوى معروف كتلف النسيج العصبى للمخ من الزهرى أو المخدرات أو تصلب الشرايين وذهان الشيخوخة، وذهان المخدرات، والشلل الجنوبى العام، أما الأمراض العقلية الوظيفية فهى التى تكون العوامل النفسية جوهرية غالبة فى إحداثها كالفصام ـ والاضطراب الدورى، أو هى الأمراض التى لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوجية وتشريحية، كما يستقيم تفسيرها بعوامل نفسية واجتماعية (٢٠ : ٤٢٠)

ولقد ظهرت الحاجة إلى افتراض هذا البعد الثالث من أبعاد الشخصية فى إشارة أيزنك المبكرة، وذلك فى مؤلفه «الدراسة العلمية للشخصية» والصادر عام ١٩٥٢ وبرغم التركيز على بعدى الانبساط. والعصابية فى عام ١٩٦٠، فـقـد كـانت تلك الإشـارة بشكل ضـمنى، وذلك فى تنظيـره

للشخصية. وقد قدم أدلة تجريبية على تلك الفكرة فى الطبعة الأولى من مؤلفه «المرجع فى علم نفس الشواذ» والصادر عام ١٩٦٠ وكذلك فى إشاراته المختصره مره أخرى فى مؤلفه «الأسس البيولوجية للشخصية» والصادر عام ١٩٦٧.

ولقد اكتسب هذا العامل مكانة خاصة نسبياً فى نظرية أيزنك للشخصية بالنظر إلى بقية الأبعاد. وقد أدّى هذا إلى صياغته لاستخبار يتضمن مقياساً فرعياً للذهانية يقيسها كسمة فى الشخصية ترتفع درجاتها لدى الذهانى. ويلاحظ أن الدراسات العربيه نادرة على بعد الذهانية، ومن تجدر الإشارة إلى بيان موجز عنه.

نبذة عن بُعد الذهانية:

كثرت الأبحاث على بعد الذهانية بعد «استخبار أيزنك للشخصية» "Eysenck Personality Questionnaire" (E.P.Q) وهو المقياس الذى يعمل على تحديد السمات التى تهيىء الفرد للإصابة بالذهان (Eysenck & Eysenck, 1975).

ويصف أيزنك الفرد الحاصل على درجة مرتفعة على بعد الذهانية بالصفات الآتية: منزو، لا يهتم بالآخرين، غالباً ما يكون مزعجاً، غير مناسب فى أى مكان، كما يمكن أن يتسم بالقسوة وعدم الإنسانية، تنقصه المشاعر، والتعاطف الوجدانى ومشاركة الآخرين مشاعرهم، وجميعها صفات تشير إلى تبلد الشعور أو نقص الإحساس، وذو الدرجة المرتفعة من الذهانية كذلك عدائى نحو الآخرين وحتى نحو أصدقائه وعشيرته، هذا فضلا عن كونه عدوانياً حتى نحو من يحبهم، وهو يميل إلى الأشياء الشاذة الغريبة، يحب غير المألوف، لا يكترث بالخطر، يحب أن يخدع الآخرين وأن يستغلهم، كما يحب مضايقتهم وإزعاجهم، وهذا وصف للراشد الذى يحصل على درجة مرتفعة على بعد الذهانية. وفيما يختص بالأطفال فقد توافرت صورة

متسقة مع ما ذكرناه: صورة طفل غريب الأطوار، منزو، مزعج، يتسم بالبرود، يفتقد المشاعر الإنسانية نحو رفاقه ونحو الحيوانات، عدوانى، وعدائى حتى نحو المقربين إليه والمحبين له، ويحاول مثل هؤلاء الأطفال تعويض نقص المشاعر لديهم بالانغماس فى البحث عن الإثارة والنشوة النابعة عن تحريك الحواس دون تفكير فى المخاطر التى تحيق بهم (Eysenck & Eysenck, 1975: 5-6).

ويتسم ذوو الدرجة العليا على بعد الذهانية كذلك بما يلى : أنهم أقل طلاقة، آداؤهم منخفض على اختبار الجمع المستمر، وكذلك فى اختبار الرسم بالمرآة، ويبدون «تذبذبًا» أبصأ فى اختبار عكس المنظور، وهم أبطأ كذلك فى اختبار التتبع بالقلم، أقل تحديداً بالنسبة للاتجاهات الاجتماعية، ويبدون تركيزاً أقل وذاكرة أضعف، ويميلون إلى القيام بحركات أكبر ويزعون إلى تقدير المسافات والدرجات تقديراً مبالغًا فيه، ويميلون إلى القراءة ببطء أكثر وإلى النظر ببطء أكثر أيضاً، يبدون مستويات من الطموح أقل بكثير من الواقع (Eysenck, 1952: 217).

ويخلص أيزنك إلى أن تلك الاختلافات بين الذهانيين والأسوياء لا يمكن أن تعزى ببساطة إلى ميل الذهانيين للأداء بشكل أضعف من الأسوياء فى كل المجالات، حيث أن هناك عديداً من الاختبارات لا يفرق الآداء فيها بين مجموعة الأسوياء والذهانيين.

القياس الموضوعى لبعد الذهانية / السواء:

ينتظم بُعد «الذهانية» Psychoticism ظواهر السلوك من حيث مدى مطابقتها لمقتضيات العلم الواقع المحيط بالذات ... على محور واحد بحيث يكون أقرب إلى قطب الاختلال أو إلى قطب السواء، وبناءً على هذا فقد صمم مقياس الذهانية وهو مقياس مشتق من «استخبار أيزنك للشخصية» والذى يعرف بـ (E.P.Q) عام ١٩٧٥ . ويشير مصطلح الذهانية «كما يقاس

بالمقياس الفرعى المسمى بهذا الاسم إلى سمة كامنة فى الشخصية توجد بدرجات متفاوتة لدى الأشخاص، وإذا ما وجدت بدرجة عالية فأنها تشير إلى أن لدى الفرد قابلية أو استعداداً لتطوير شذوذ نفس، ومع ذلك فإن وجود مثل هذا الاستعداد أو التهيؤ يعد بعيداً تماماً عن الذهان الفعلى، وأن نسبة ضئيلة فقط ممكن لديهم درجات ذهانية مرتفعة يعدون قابلين لتطوير الذهان خلال مجرى حياتهم.

ويتكون مقياس الذهانية من ٢٥ بنداً، ويلاحظ أن معاملات ثباته ـ وصدقه مرتفعة. وقد أجرى عليه بالإضافة إلى بقية المقاييس المشمولة فى الاستخبار رصيد كبير من الدراسات الأجنبية والعربية التى تدل على كفاءته.

الفصـــل الثانى

الشخصية بين اضطرابي العصاب والذهان

نظرية سلوكية

- تمهـــــيـــــد.
- العـــصـــاب كــسلوك مــتــعلم.
- حــقــائق وأدلة تجــريبــيــة مـؤيدة.

الفصــل الثانى
الشخصية بين اضطرابى العصاب والذهان
نظرية سلوكية

تمهيد:

يعتمد هانز أيزنك H. J. Eysenck فى تفسيره لبعد الانبساط/ الانطواء من الناحيتين السلوكية والبيولوجية على نظرية بافلوف I. Pavlov فى الكف والتنبيه (الإثارة)، ولذلك فقد سلم جدلا بأن نمط شخصية الفرد يتحدد بصفة قاطعة بما تقوم به القشرة المخية... وما تقوم به القشرة المخية يمتد بين تطرفين : الكف في مقابل الإثارة.

وعودة إلى نظرية بافلوف نجد أنها تؤكد وظيفة القشرة المخية، وعمليات الكف والاستثارة التى تقوم بها، وقد أمدنا بافلوف بفيض من الأدلة على أن عمليتى الكف والاستثارة عمليتان إيجابيتان من عمليات القشرة المخية.

وقد لاحظ بافلوف فى تجاربه على الكلاب فروقًا فردية بينهما، فبعض الكلاب التى أطلق عليها (النمط المستثار) تكونت لديها أفعال منعكسة شرطية ثابتة بسهولة، وعندما تكونت هذه الاستجابة لم تخمد بسهولة، كما لوحظ أن البعض الآخر من الكلاب والذى أطلق عليه (النمط المكفوف) تتكون لديه الاستجابات الشرطية ببطء، وإذا تكونت يمكن أن تخمد بسهولة.

علق بافلوف على ذلك بقوله «توحى الملاحظ العرضية بأن هذين النمطين الناتجين عن نشاط القشرة المخية فى الحيوان يقابلان الشكلين المعروفين من العصاب فى الإنسان وهما «النيوراستنيا ـ الهستيريا)، إذ تتميز النيوراستنيا بحدة الإثارة وضعف عمليات الكف، بينما تتميز الهستيريا بسيادة الكف وضعف عمليات الاستثارة ومعنى ذلك أنه من الممكن أن نتنبأ بأن العصابيين الذين يعانون من عصاب الهستيريا تتكون لديهم

الاستجابات الشرطية بسرعة ولا تخمد بسهولة. بينما تتكون مثل هذه الاستجابات لدى الذين يعانون من عصاب الهستيريا ببطء وتخمد بسرعة.

ويلاحظ أن بافلوف لا يحدد هذين النمطين كنمطين منفصلين عن بعضهما، ولكن يعتبرها نقيضين على متصل مستمر يقع على أحد طرفيه النمط المستثار (النيوراستنيا)، وعلى الطرف الآخر النمط الكفى (الهستيريا) وبينهما توجد درجات متفاوتة (١٢ : ١٩٢-١٩٣).

العصاب كسلوك متعلم:

فى ضوء التصورات السابقة يمكننا أن نقرر «أن الأعراض العصابية إنما هى تشريطات انفعالية وحركية، بل نمضى إلى أبعد من ذلك فنقول إن هذه الأعراض لا تكمن وراءها ولا تمثل مصدراً لقوتها أية مركبات تكونت فى سن الطفولة. فالعرض فى حد ذاته هو المرض واختفاء العرض يعنى اختفاء المرض. وفوق ذلك فإن اختفاء العرض يمكن أن يتم عن طريق الوسيلة التقليدية للانطفاء، وهى بالدقة نفس الطريقة التى يزال بها التشريط يومياً فى المعمل السيكولوچى سواء كان تشريطاً عند الإنسان أم عند الحيوان (١٢ : ١٦١) هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن «احتمالات ظهور هذه الاستجابة فى حياة أناس معينين مؤهلين بحكم تكوينهم لتكوين تشريط من هذا النوع، أى عند الذين يسهل تكوين الاستجابات الشرطية لديهم، وتكون استجابات جهازهم العصبى المستقل قوية، وقابلة للتغير بشكل خاص» (12:167).

ويتساءل أيزنك عما إذا كان هناك حقائق وأدلة تجريبية تؤيد هذه النظرية فيشير إلى بحثين هما:

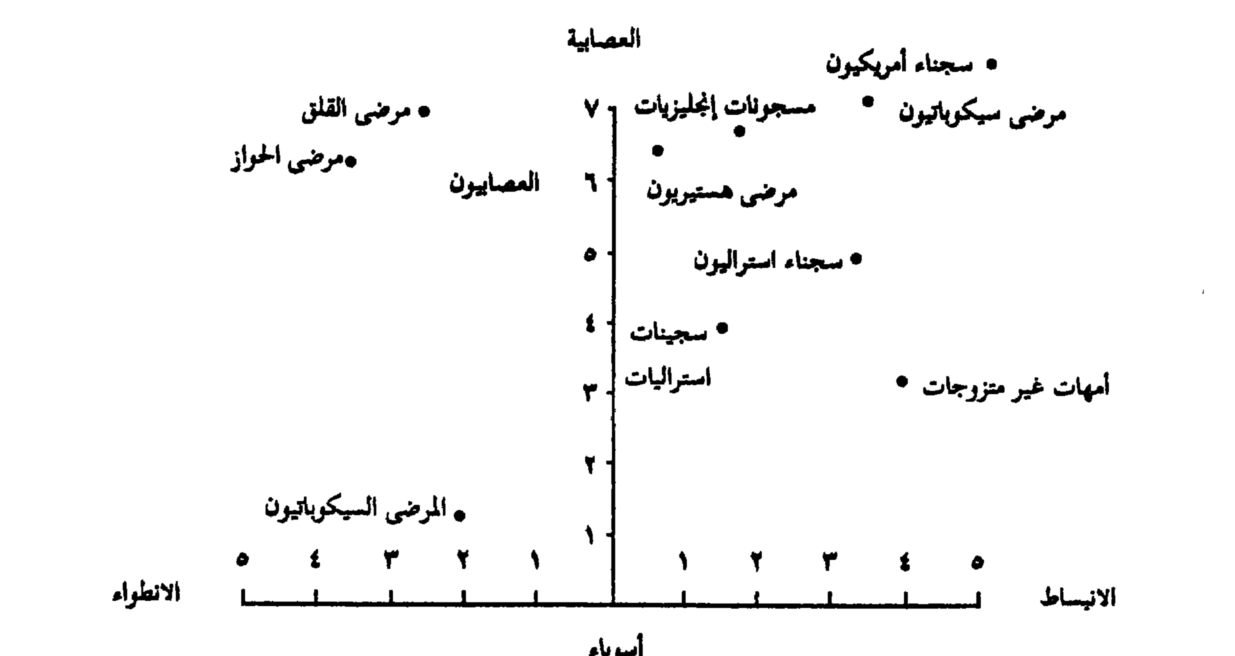
البحث الأول:

طبق أيزنك اثنين وعشرين مقياساً على مجموعات من الأسوياء، وستة مجموعات من العصابيين ذووى تشخيصات مختلفة، وقد تم تحليل نتائج

الدراسة عاملياً، وباستقراء هذه النتائج يتبين أن هناك عاملين رئيسيين : الانبساط/الانطواء، العصابية/ السواء، وكما يرى من الشكل أن المجموعات تتغاير في مواضعها على هذه الأبعاد، بمعنى أن الحالات التى تعانى من اضطرابات القلق (الحصر)، والاضطرابات القهرية، والمخاوف المرضية... إلخ، هى حالات يمكن أن يصطلح على تسميتها بالديستاميين[١]. وقد اتضح أن هؤلاء لهم درجات عاملية مرتفعة على العصابية، والانطواء، بينما يميل المجرمون والسيكوباتيون إلى زيادة العصابية والانبساطية، وقد وقع الهستيريون بين تلك المجموعتين، ولم يكن هناك اختلاف جوهرى بينهم والأسوياء، بالنظر إلى سمات الانطواء/ الانبساط، إلا أنهم يظهرون أن لهم درجات عالية فى العصابية، (43-41 : 66).

معنى ذلك أن الجماعات العصابية تميل بشدة إلى الانطواء، والجماعات الإجرامية تميل بشدة إلى الانبساط، وكلا النوعين من الشخصيات تميل إلى أن يكون لديها مكون انفعالى قوى هو (العصابية)، ويقدم لنا أيزنك تفسيراً لما انتهى إليه فيقول «ليس من الصعب أن نجد سبباً نظرياً للاختلاف بين طريقة الفئتين المتطرفتين، المجرمون من ناحية، والعصابيين من ناحية أخرى... أن السمات النموذجية للعصابى كالقلق

(١) يستخدم أيزنك مصطلح «الديستاميا Dysthymia» لكى يصف به زملة أعراض القلق، الاكتئاب الاستجابى، الميول الحوازية... إلخ . تلك الأعراض التى وجدت أثناء التحليلات (٦ :٣٧) ، ومعنى ذلك أن أيزنك يعالج من خلال هذا المفهوم تلك الاضطرابات التى تصيب المرضى النفسيين الذين يغلب عليهم الانطواء والقلق ، ويذكر أيزنك أن الديستامى هو العصابى الذى يتصف بالانطوائية ، وفى موضع آخر يشير إلى أن الأعراض السابقة يصحبها إرهاق وإجهاد شديدان ، ويقال أحياناً أنها ترجع إلى (استنفاد الطاقة العصبية والانفعالية) بسبب قلق المريض ومخاوفه واكتئابه ، ومن بين ما يصاحب هذه الأعراض بكثرة الاهتمام الزائد بالأمور الدينية والأخلاقية، ومحاسبة النفس وتأمل الذات دائماً ، والشعور بالذنب، والإحساس بعدم الأهلية، ويطلق أيزنك على هذه المجموعة من الأعراض العصابية «عصاب من النوع الأول» .(66: 66 : - 67, 99)



شكل رقم (١)

يوضح نتائج استخبارات العصابية ـ والانبساط/الانطواء على مجموعات مختلفة من العصابيين والمجرمين، ويتضح منه أن مرضى القلق والحواز يميلون إلى زيادة العصابية والانطوائية ، بينما يميل المجرمون والسيكوباتيون إلى زيادة العصابية والانبساطية (66:42)

والمخاوف المرضية والحواز القهرى وغيرها، إنما ترجع جزئياً إلى استعداده الزائد لتكوين استجابات شرطية بقوة ورسوخ... وبما أنه يوجد أساس نظرى للاعتقاد بأن الضمير هو فى الحقيقة استجابة شرطية، ويبدو أنه يستتبع ذلك منطقياً أن غياب الضمير لدى المجرمين والسيكوباتيين قد يرجع إلى فقرهم الشديد فى تكوين الاستجابات الشرطية، هذا إذا كانوا يستطيعون تكوينها على الإطلاق، وحتى عندما تتكون هذه الاستجابات بأنها تنطفىء بسرعة كما يجب أن نتذكر أننا وجدنا أن التشريط مرتبط بالانبساطية ـ الانطوائية بمعنى أن الانطوائيين يجيدون تكوين الاستجابات الشرطية، بينما يفتقر الانبساطيون لذلك. ويمكننا إذن أن نعبر أنه مثلما تميل شخصيات العصابيين من النوع الديستامى إلى الانطواء تميل شخصيات المجرمين والسيكوباتيين إلى الانبساط (267 : 67).

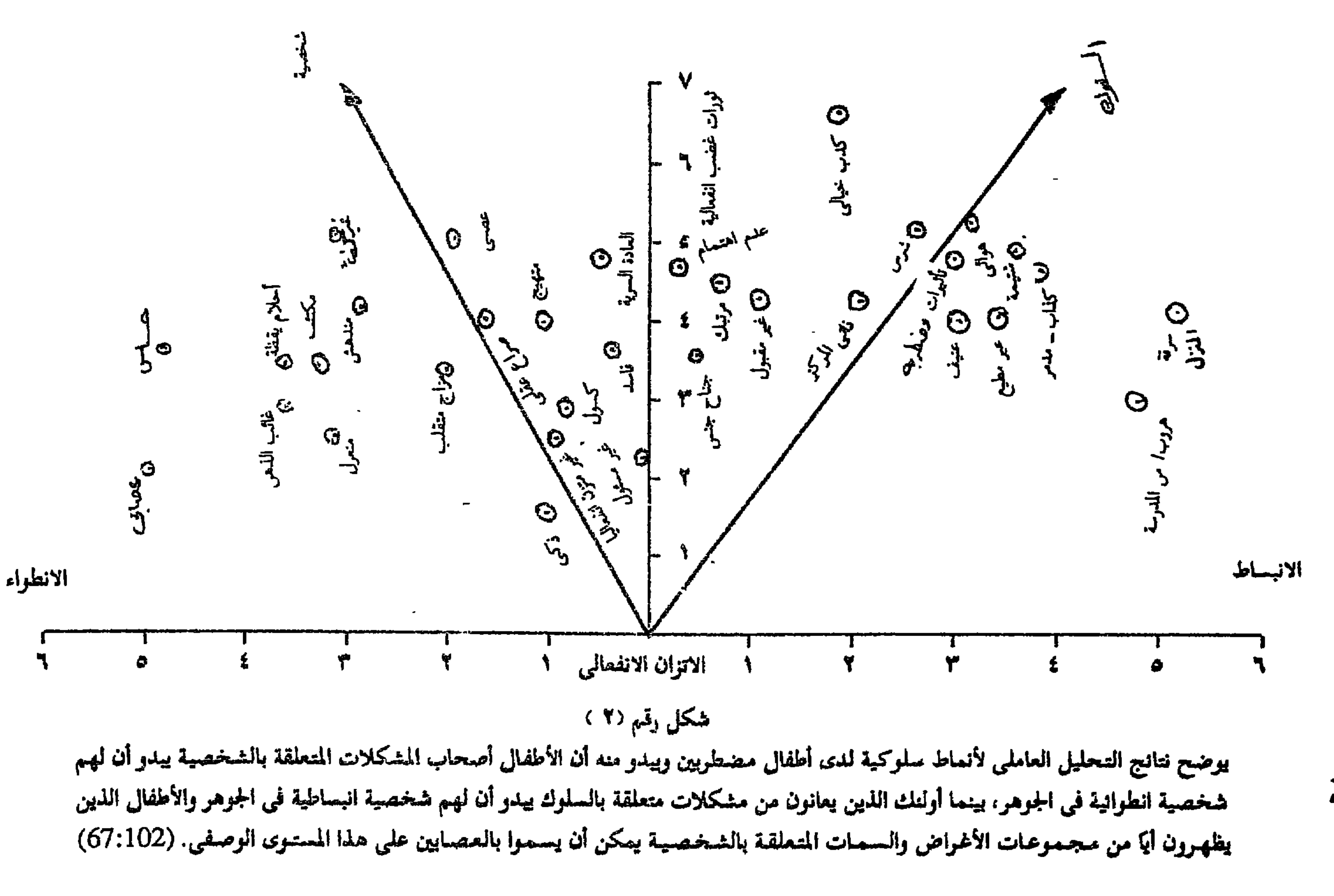
ولذلك نجد أن هناك صلة بين النشاط العصابى والنشاط الإجرامى من ناحية فى مقابل السلوك الطبيعى المتكامل من ناحية أخرى (266 : 67).

البحث الثاني:

وقد قام به هـ. هيملويت H.Himmelweit، وقد استخدم التحليل العاملى لأنماط السلوك الظاهرة لدى مجموعة كبيرة من الأطفال المضطربين فى إحدى عيادات توجيه الطفولة. وتبين نتائج البحث أن مشاكل أولئك الأطفال سواء أكانت متعلقة بالشخصية أو متعلقة بالسلوك فإنها يمكن أن تمثل مواضع متباينة نسبياً على بعدى العصابية والانطواء.

وإذا نظرنا إلى الرسم التوضيحى لنتائج الدراسة نجد أنه قد رتب بعناية بحيث أن الصفات التى توجد عادة معاً فى نفس الطفل موجودة بجوار بعضها فى الرسم، بينما الصفات التى نادراً ما توجد معاً فى نفس الطفل موجودة بعيدة عن بعضها فى الرسم.

وهكذا نجد الطفل (غائب الذهن) غالباً ما يكون (حساساً) (وغير



شكل رقم (٢)

يوضح نتائج التحليل العاملى لأنماط سلوكية لدى أطفال مضطربين ويبدو منه أن الأطفال أصحاب المشكلات المتعلقة بالشخصية يبدو أن لهم شخصية انطوائية فى الجوهر، بينما أولئك الذين يعانون من مشكلات متعلقة بالسلوك يبدو أن لهم شخصية انبساطية فى الجوهر والأطفال الذين يظهرون أيًا من مجموعات الأغراض والسمات المتعلقة بالشخصية يمكن أن يسموا بالعصابيين على هذا المستوى الوصفى. (67:102)

كفء) ومليئاً (بمشاعر الدونية). وكذلك فإن الطفل (غير المطيع) يكون غالباً (مدمراً) و(شرساً) و(متمركزاً حول ذاته)، والطفل الذى (يسرق) أو يتغيب بدون إذن نادراً ما تنتابه (أحلام اليقظة) ونادراً ما يكون (منعزلاً) كذلك.

والأطفال من النوع الأول أى أصحاب المشكلات المتعلقة بالشخصية يبدو أن لهم شخصيات انطوائية فى الجوهر، بينما أولئك الذين يعانون من مشاكل متعلقة بالسلوك يبدو أن لهم شخصيات انبساطية فى الجوهر، والأطفال الذين يظهرون أياً من مجموعات الأعراض والسمات المتعلقة بالشخصية يمكن أن يسموا بالعصابيين على هذا المستوى الوصفى المرضى.

ويشير أيزنك بأن هذه التفرقة تعتبر مهمة وأساسية، وربما تعتبر أكثر فائدة فى التطبيق من طرق التشخيص السيكاتيرية المفضلة والتى تكون غير ثابتة فى كثير من الأحيان. (62 : 21-23, 67 : 102-103).

بهذه الأدلة التجريبية يمكننا تأكيد ما سبق أن قررناه منذ البداية «... أن معظم الاضطرابات العصابية وبالذات الحصر Anxieties، الخوف Fears، المخاوف المرضية Phobias، العادات الحواذية القهرية Obsessional & Compulsive H. والتى تميز العديد من مرضانا لا تعدو فى الحقيقة كونها ردود أفعال شرطية انفعالية يتم اكتسابها خلال عملية تشريط بافلوفية عادية، ولما كانت أحداث الحياة اليومية الصادمة والمسببة للألم والمسئولة عن المنبهات غير الشرطية، تتوزع بالتساوى تقريباً على الجميع فإننا لذلك نتوقع أن الذين يتم التشريط لديهم بدرجة أسهل. أى الانطوائيين سيكونون هم الأكثر عرضة لمعاناة هذه الأمراض العصابية المختلفة. وهناك دلائل كثيرة الآن تبين أن هذه هى الحقيقة بالفعل.

أى تبين أن الانطوائية والتشريط والاضطرابات المتعلقة بالحصر والمخاوف المرضية والحواز تتواجد معاً فى نفس الأشخاص، وبالمثل فسيتضح أن التشريط

البافلوفي مسئول أيضاً عما يسمى أحياناً بعملية التنشئة الاجتماعية... فإذا ما كان التشريط هو المسئول أساساً عن اكتسابنا لهذه القيم الاجتماعية فلابد أن نتوقع أن أولئك الذين فشلوا في اكتسابها أي الجانحين والمجرمين والسيكوباتيين... والأنماط المشابهة من الناس سيكونون من الانبساطيين بشكل عام وسنجد أنه يصعب عليهم التشريط. (53 : 124-125, 231 - 232, 367, 67 : 58-86).

لقد تبنى أيزنك الاتجاه السلوكي الشرطي في معالجة الأعصبة، ودائماً ما يؤكد على أن الأشراط أو التعلم الإشراطي يمكن أن يلعب دوراً مهماً في نمو الاستجابات العصابية، ذلك على اعتبار أن تلك الاستجابات ليست موروثة ولكنها تنمو لدى الفرد في محاولته التعامل مع مواقف الحياة المختلفة... والحقيقة أن مبادئ التشريط قد أثبتت كفاءتها في تفسير كثير من وجوه السلوك سواء أكان لدى الحيوان أو الإنسان، ويعقب أيزنك على ذلك بأننا نتعامل جميعاً مع الأعصبة كأنها سلوك سيء التوافق مشروط.

والواقع أن هذا الاتجاه له ما يؤيده في التراث السيكولوجي فنجد أن (جانيه P. Janet ١٨٩٤–١٩٠٣) الطبيب النفسي السويسري ينتهي إلى نتيجة مماثلة ومضمونها أن الاضطرابات العصابية يمكن أن تقع أساساً في مجموعتين رئيسيتين : المجموعة الأولى وقد اصطلح على تسميتها بالسيكاثنيا Psychasthenic ، والأخرى قد اصطلح على تسميتها بالهستيريا Hysteria، أما أنه انتهى إلى ثنائية في مجال العصاب. أحد قطبيها: السيكاثنيا والآخر هو الهستيريا.

وفي مجموعة السيكاثنيا نجد حالات القلق ، الاكتئاب ، المخاوف المرضية ، العادات الوسواسية القهرية، وفي مجموعة الهستيريا نجد ضروباً مختلفة من اضطرابات الشخصية التي تغشاها الاضطرابات الهستيرية بوجه عام (56 : 11-13, 66-39) كما نجد أن يونج (C.G.Jung ١٩٠٩ – ١٩٢٣) يقبل تقسيم جانيه السابق للأمراض العصابية والتي قسمها إ

قسمين: السيكاثنيا ، والهستيريا ، وجعلهما مرادفين لأنماط الشخصية : الانطواء والانبساط على التوالى بمعنى أن المنبسط طبقاً لنظريته يميل إلى الأعراض الهستيرية عندما يمرض ، بينما المتطرف يميل إلى الأعراض السيكاثينية، وهذه الملاحظة كانت مفيدة جداً لعلمنا ومثمرة إلى حد كبير. (53: 11, 61 : 39).

ويؤكد هذه الحقيقة بقوله (لقد علمتنا الخبرة الطبية أن هناك مجموعتين كبيرتين من الاضطرابات العصبية الوظيفية، الأولى، وتضم كل أشكال الأعراض التى يتم تشخيصها بالهستيريا والأخرى تضم كل الأشكال التى شخصتها المدرسة الفرنسية بالسيكاثنيا.. الهستيريا وتندرج فى إطار النمط الانبساطى، والسيكاثنيا وتندرج فى إطار النمط الانطوائي (51 : 56) وهناك نقاط ثلاث ذات أهمية يبينها يونج من خلال نظريته.

أولا : على الرغم من أن هناك أفراد يتعرف المرء فيهم على النمط منذ أول وهلة، إلا أن هذا ليس هو الحال دائماً، وكقاعدة تسمح الملاحظة الدقيقة ووزن الشواهد بتصنيف مؤكد، ومهما كانت النظرية الرئيسية للاتجاهات المضادة واضحة وسهلة، إلا أن هذه الحقيقة الملموسة هى استثناء للقاعدة، ولذلك لا يستطيع المرء أبداً أن يصنف نمطاً معيناً مهما كان كاملا كونه ينطبق فقط على شخص واحد بالرغم من أن الحقيقة أن الألوف يتسمون به.

ثانياً : بمتابعة الإيحاءات الضمنية (فى نظرية يونج) أن الانبساط / الانطواء متصل كمى Continuum فإن يونج يعرف قطبى التوزيع لهذا البعد: الانبساط/ الانطواء بالمجموعتين الرئيسيتين للاضطرابات العصابية، أى الانبساطى ذو الهستيريا التحولية، والانطوائي ذو السيكاثنيا ويقول «الهستيريا فى رأيى هى العصابية الأكثر اعتياداً فى حالة النمط الانبساطى» بينما يعرف السيكاثنيا بالاضطراب العصابى النمطى للانطوائى (421 : 85).

وتتسم هذه العصابية من ناحية بحساسية ملحوظة، ومن ناحية أخرى بوهن كبير وتعب مستمر، وقد اقترح أيزنك؛ مصطلح (الديستاميا Dysthymic حتى تغطى هذه الزملة من الاضطرابات المؤثرة، وفى مصطلحات الطب النفسى الحديث يغطى مصطلح الديستاميا زملة أعراض كحالات القلق والاكتئاب الاستجابى والمخاوف المرضية والاضطرابات الحوازية القهرية.

ثالثاً : يؤكد يونج على استقلال الانطوائية والعصابية بقوله «إنه من الخطأ الاعتقاد أن الانطوائية هى العصابية بصورة أو بأخرى، وكمفاهيم لا تمت الاثنتان إلى بعضهما بأدنى صلة على الإطلاق».

ولقد قبلت صياغة يونج بشكل كبير، وأجريت أعداد كبيرة من الدراسات والبحوث كمحاولة لتقديم أساس تجريبى للنظرية، ولكن كما يوضح (Collier R. & Emch M. , 1938) أنه كان هناك خلط واضح فيما يتعلق بتعريف تلك السمات : الانطوائية والعصابية.

ويرى المؤلفان أن معظم مصممى الاختبارات فى هذه الآونة كانوا يستخدمون مفهوم فرويد Freud للانطواء بدلا من أن يستخدموا مفهوم يونج لهذا النمط، وشتان بين مفهومى فرويد ويونج للانطواء (٣) فمن المعروف أن فرويد قد وحد بين الانطواء وابتداء العصاب وأشار تبعاً لذلك بأن المنطوى عصابى فى طور مبكر (41 : 56)

يقول فرويد «أما نحن فنعنى بـ «الانطواء» انصراف اللبيدو عن الامكانيات التى تتيح لها الإشباع الواقعى وتراكمها الشديد على أخيلة كانت مباحة من قبل لأنها غير ضارة، فالشخص المنطوى شخص لم يصبه العصاب بعد، ولكن حالته غير مستقرة، فإن لم يجد مخارج أخرى لطاقة اللبيدو المكبوتة ظهرت لديه أعراض المرض عند أول اختلال يصيب القوى غير المستقرة التى تؤثر فى حالته. أما الطابع غير الواقعى للإشباع العصابى،

وزوال الفارق بين الخيال والواقع، فيوجدان لديه ابتداءً من مرحلة الانطواء»[1] (٢٩ : ٤١٤-٤١٦)

كما يشير المؤلفان (Collier & Emch) إلى أن الكثير من الاتجاهات الأساسية في نظرية يونغ قد أغفلت واستبقيت فقط مصطلحات : الانبساط/ الانطواء، وأعيد تعريفهما طبقاً لاتجاهات المؤلفين النظرية، كما يشيران كذلك إلى أن هناك ثلاثة ضروب رئيسية للتعريفات يبدو أن لها بعض الارتباط بتقسيم يونغ الأصلى.

هناك أولا : محاولة للتبسيط.

ثانياً : مطابقة الانطوائية بالاتجاه العصابى، ومساواة الانبساطية فى المقابل بالسواء .

ثالثاً : ربط الانطوائية بالفصام، وربط الانبساطية بالهوس الدورى.

وليس هناك ما يدعو للدهشة إزاء عدم اكتمال الشواهد التجريبية، فالاختبارات القائمة على الضرب الأول من التعريفات ليست كافية تماماً لتفسير تلك المجموعة الكبيرة من الظواهر التى ذكرها يونغ، ويقوم التعريف الثانى على تكييف فرويد لمصطلح الانطوائية، فبالنسبة لفرويد تعد الانطوائية من الاعتبارات الثابتة الضرورية فى كل حالات العصاب النفسى وكما

---

(١) وردت تلك الفقرة فى المحاضرة الثالثة والعشرون من سلسلة (محاضرات تمهيدية فى التحليل النفسى) وهى المحاضرات التى ألقاها فرويد على الأطباء، وطلاب الطب بجامعة ڤيينا فى موسمى الشتاء من عامى (١٩١٥-١٩١٧). ويؤكد فرويد نظريته السابقة تلك التى يوحد فيها بين الانطواء وابتداء العصاب بمثال واقعى فيشير «... أن هناك طريقاً يعود بالمرء من مملكة الخيال إلى دنيا الواقع وهذا هو الفن. فالفنان هو الآخر شخص ذو استعداد منطوى، وليس بينه وبين العصاب شقة بعيدة، وهو شخص تحفزه نزعات عنيفة صاخبة، فهو يصبو إلى الظفر بالقوة والتكريم والثراء والشهرة ومحبة النساء، ولكن تعوزه الوسائل إلى تلك الغايات، لذا فهو يعزف عن الواقع... وينصرف بكل اهتمامه وبكل طاقاته اللبيدية أيضاً إلى الرغبات التى تخلفها حياته الخيالية ما قد يسلم به فى سهولة إلى المرض النفسى»

أوضح كوليير واميك أن تعريف فرويد للمصطلح يمثل اختصاراً جامداً فى المعنى والاستخدام وقد قررا أن تعريف فرويد للانطوائية قد انتشر بشكل خاص فى أعمال الباحثين المهتمين بهذا الموضوع، ولكن يبدو أن هؤلاء الباحثين ينظرون إليه على أنه امتداد طبيعى لنظرية يونج وليس اختصاراً، وهذا تناقض.

ثم كان العمل التجريبى المبكر لهذا الجانب وذلك لتحديد الأساس التجريبى للانطواء/ الانبساط ويمكن أن نجمله فى ثلاثة أعمال ممتازة لـ «جيلفورد ١٩٣٤، كوليير واميك ١٩٣٨، أيزنك ١٩٤٧»، وقد تمت هذه الأعمال على تجارب محددة، ويلاحظ أن هناك مصدرين للخلط قدمهما أولئك الباحثين:

أولها : التطابق الإكلينيكى للانطواء بالأعصبة Neurosis

وثانيهما : مطابقة الانبساط بالاجتماعية Sociability كما طرحها فرايد Freyed.

وبالنسبة للنقطة الثانية فقد ثبت عدم صحة هذه المطابقة عندما أخضعها (راسل فريزر R. Fraser) للاختبار التجريبى، وأشار إلى أن انعدام الاجتماعية ينظر إليه كمؤشر للعصابية وليس علامة على الانطوائية.

وعودة إلى بحوث أيزنك ونظريته فى الشخصية من خلال مؤلفيه : أبعاد الشخصية، ١٩٤٧، بناء الشخصية الإنسانية، ١٩٥٣)، نجد أنه قد قدم لنا من خلالهما العديد من الدراسات العاملية كان لها قدر كبير من التأثير على افتراضات يونج، وقد انتهت هذه الدراسات إلى استخلاص عوامل «ثنائية القطب Unitary» «كالانشراح ـ الوجوم[1]»، «العدوان ـ الكف»[2]، وقد تتفق هذه العوامل بشكل دقيق مع عامل «الهستيريا ـ الديستاميا»[3]. وتؤكد النتائج التى انتهى إليها أيزنك أن العصابيين يمكن

(1) Surgency - Desurgency.
(2) Aggressive-inhibitive.
(3) Hysteria-dysthymia.

تصنيفهم من خلال محور يمتد من «الهستيريا الخالصة Pure Hysteria إلى القطب المقابل وهو الديستاميا Dysthymia، ويشير إلى:

أ ـ أن هاتين الفئتين من الاضطرابات هى فئات مستقلة استقلالا نسبياً كل منهما عن الآخر.

ب ـ أن الأشخاص الذين يقعون فى أحد هذه الفئات ينتمون إما إلى النمط المنبسط أو المنطوى. (56 : 51-52).

هذا وقد أثبتت الدراسات الارتباطية والعاملية لبعد الانبساط/ الانطواء أنه بعداً مستقلا من أبعاد الشخصية، ولا يوجد ارتباط داخلى بينه وبين بعدى العصابية والذكاء. وقد تأكدت هذه الحقيقة فى دراسات كثيرة لأيزنك ومعاونيه.

ويشير أيزنك فى أكثر من موضع إلى أن معرفتنا بالنظام العام فى وصف الشخصية والقائم على تصور الشخصية فى ضوء الأبعاد الأساسية: الانبساط والعصابية، يمكننا من إيجاد مكان للتصنيف السيكاتيرى الرئيسى للاضطرابات العصابية من خلال تلك الأبعاد، أو بعبارة أخرى أنه فى ضوء التصور الأيزنكى للشخصية يمكن تقديم تصنيف أكثر نوعية للاضطرابات العصابية المختلفة.

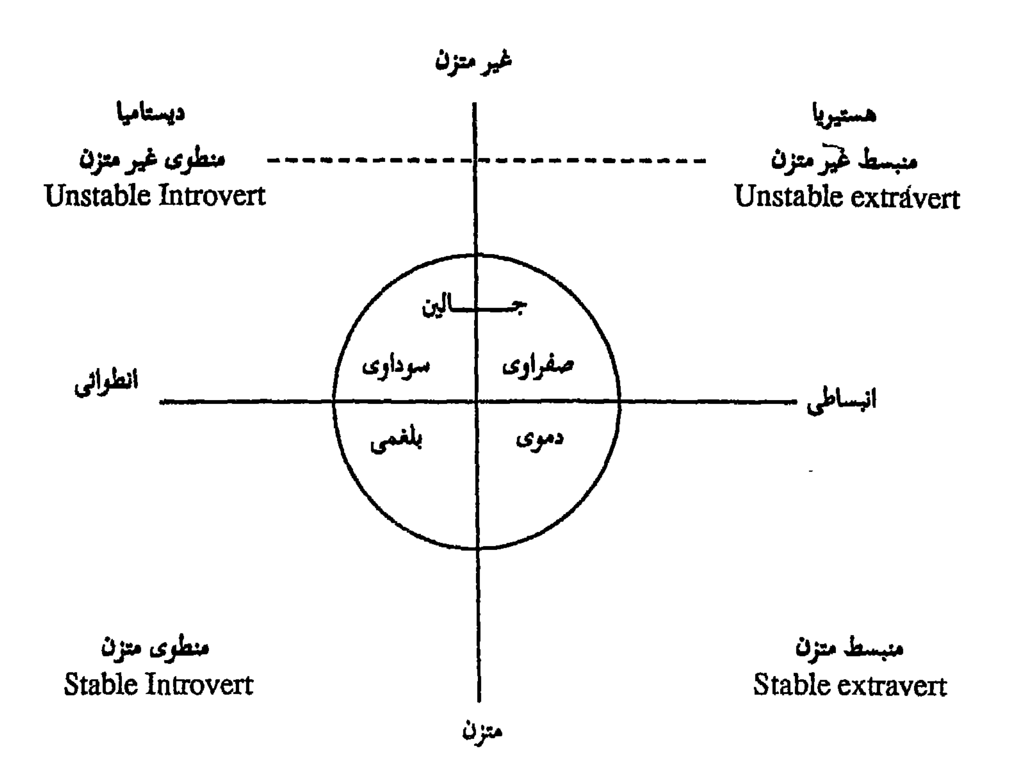
فنحن نعرف أن السيكاتيرين يميلون إلى تصنيف الحالات المرضية إلى (زملات Syndrome) وأنهم يقومون بتشخيص المرض طبقاً لهذه الأعراض وليس بالنظر إلى أسبابها، ويشير أيزنك إلى أن هناك تشخيصات كثيرة لأنماط مختلفة من الأعصبة من هستيريا وسيكوباتية من ناحية إلى حالات القلق والاكتئاب الاستجابى وحالات الوساوس القهرية والمخاوف المرضية من ناحية أخرى، وكلها مقولات تشخيصية مفيدة جداً، ولكن وجه النقص الذى يعيبها أنها أساساً مقولات تنظيمية للتصنيف تشابه تلك التى توصل إليها جالن Galen وكانت Kant، وإن لم تستخدم بنفس المرونة التى اتضحت فى ذلك التصور البعدى الذى توصل إليه فوندت Wundt، ويونغ Jung، فهناك فارق بين الطبيب والسيكاتيرى، الطبيب يستطيع أن يقدم تشخيصاً أكثر ثباتاً، ذلك أن حالة المريض التى يقوم بتشخيصها تختلف

بطريقة جذرية عن حالته السوية، بمعنى أن هناك انفصالا بين السوى والشاذ طبياً، وهناك سبب معين لكل مرض، وهذا لا يصح مع العصاب، فليست كل أنواع الأعصبة إما هستيريا أو ديستاميا أو سيكوباتية، فكثير من هذه الأعصبة تقع فى المنتصف، ويكون لها أعراض للناظر على أنها من أعراض الأنماط الأخرى من الأعصبة، ولهذا السبب فإن التشخيص الفئوى للاضطرابات العصابية هو إلى حد ما صعب، ولا جدوى منه فى كثير من الأحيان، ولذلك فمن الأفضل استخدام المنهج البعدى، ذلك الذى قدمه أيزنك بمعنى أن نضع كل شخص فى موقعه الخاص على المتصل الكمى للعصابية أو الانفعالية من ناحية، والانبساط/ الانطواء من ناحية أخرى : 66) (103-104 : 67 ,38-43 ويفسر أيزنك فى أحد بحوثه تلك المعطيات بأن «عدم السواء النفسى Mental Abnormality» والذى يتضمن النقص العقلى ـ العصاب ـ الذهان، ليست فروقاً كيفية عن السواء، وبهذا المعنى فإن الشخص الذى أصيب بكسر فى ذراعه، أو الحالة التى تعانى من فقر الدم من الحالات التى قد تختلف بالضرورة عن أشخاص أصحاء، ويشير إلى أن أنماط عدم السواء العقلى تمثل النهايات المتطرفة للتغيرات المتصلة والتى يحتمل أن تكون متعامدة كل منها عن الأخرى، ولذلك ينبه إلى أن اتجاهات التشخيص السيكاتيرى كثيراً ما تكون خاطئة، وذلك لأنها تأخذ بالتشخيص الفئوى للاضطرابات [١].

---

(١) يلاحظ أن النمط السوداوى عند جالين يقابل تقسيم أيزنك المنطوى غير المتزن وأن النمط الصفراوى عند جالين يقابل تقسيم أيزنك المنبسط غير المتزن وأن النمط البلغمى عند جالين يقابل تقسيم أيزنك المنطوى المتزن أن النمط الدموى، عند جالين يقابل تقسيم أيزنك المنبسط المتزن. وطبقاً لهذا التصور فإن العصابيين من النمط الانطوائي أو الديستامى يمكن أن يندرجوا فى الأرباعى السوداوى، بينما الهستيريون والسيكوباتيون يندرجون فى الأرباعى الصفراوى، أما الذهانيون، فيمكن أن يقعوا على محور متعامد لكل من الانبساط والعصابية (35-47 : 61).

ويفسر أيزنك ذلك بأن النمط السوداوى الذى أشاره إليه جالينوس بجمعه بين الانطواء وبين درجة التقلب الانفعالى يقابل مجموعة العصابيين الرئيسيين فى مجتمعنا، كما أن النمط الصفراوى عند جالينوس بجمعه بين الانبساط وبين شدة الانفعالية يقابل المجرم الحديث. ويجب ملاحظة أن الجمع بين الانطواء أو الانبساط والانفعالية الزائدة فى كلا الحالين هو مصدر الخطر. (67 : 292)



شكل تخطيطى يوضح التصور الأيزنكى للاضطرابات النفسية

تقسيم الاضطرابات النفسية لدى كل من جانيه ـ يونج ـ أيزنك

ـ جانيه ـ يونج ـــ سيكاثنيا	هستيريا
ـ أيزنك ـــ ديستاميا	هستيريا وسيكوباتية
عصاب من النوع الأول	عصاب من النوع الثانى
اضطرابات تتعلق بالشخصية	اضطرابات تتعلق بالسلوك
(حالات القلق والاكتئاب، والاستجابات الانفعالية طويلة المدى، المخاوف المرضية، العادات القهرية والوساوس)	عدم استمرار الاستجابات المبالغ فيها، غياب الاضطرابات العضوية الظاهرة، وأخطاء الذاكرة، والاضطرابات الهستيرية عامة
المنطوى العصابى (القنوطيين أو الديستاميين)	**المنبسط العصابى (الهستيريون والسيكوباتيون)**

وعندما نقارن بين سلوك مجموعة من الديستاميين، وسلوك مجموعة من الهستيرين، فيجب أن يكون واضحاً أننا أمام متصل كمى، أحد قطبيه المنبسط العصابى، والقطب الآخر هو المنطوى العصابى، ويشير أيزنك إلى أن نتائجه لا يمكن أن تعمم لكى تغطى سلوك المنبسط والمنطوى الأسوياء (غير العصابيين) إلا إذا توفرت الخصائص الكيفية فى نفس الأشخاص.

كذلك من الأهمية ضرورة التحديد التجريبى لهذا البعد المزاجى ثنائي القطب لدى عينة تجريبية، فقام بانتخاب عينة تنقسم إلى ذكور وإناث قوام كل منها ١٠٠٠ من الحالات العصابية (عشوائية)، وكانت الدرجات التى حصلوا عليها قائمة على أساس الارتباط الأكثر ارتفاعاً للبنود الستين بذلك العامل الثنائي، وكانت نتيجة التجربة أن النهاية الديستامية للتوزيع قد وقعت على القطب السالب من العامل، بينما النهاية الهستيرية للتوزيع قد وقعت على القطب الموجب للعامل، وكان متوسط الذكور العصابيين صفر تماماً، وكان بالنسبة للإناث العصابيات لا يتعدى ٠,٠٤ على كلا التوزيعين، أى لم يكن هناك فرق جوهرى، ولذلك فنحن أمام منحنى اعتدالى.

وعلى ذلك يرى أيزنك أنه يمكننا أن نعرف الشخص تبعاً للنمط الهستيرى إذا كانت درجته على البنود المختارة من المقياس أكثر من درجة انحراف معيارى واحد أدنى من المتوسط، وبالمثل فإنه يمكننا أن نعرف الشخص تبعاً للنمط الديستامى إذا كانت درجته على البنود المختارة من المقياس أكثر من درجة انحراف معيارى واحد على المتوسط وهناك دليل آخر يسوقه أيزنك فى دراسة (Slater, 1944) والذى ربط فيها بين سمات الشخصية بزملات الأعراض المرضية لها، وكانت الارتباطات كما قررها سلاتر بالنظر إلى القلق والهستيريا منخفضة. والواقع أن هذا يمكن أن يتوقف على طرق التشخيص والتقييم المتبعة، وقد اتضحت هذه الارتباطات بصورة دقيقة فى البحوث الحديثة.

وفى إشارة كذلك إلى دراسة (فيرنون Vernon, 1938) والتى استخدم فيها التحليل العاملى لبنود الاستخبارات، نجد أنه انتهى إلى عاملين أو بعدين أساسيين شبيهين بالأبعاد التى انتهى إليها أيزنك، وكان العامل الأول والذى انتهى إلى فيرنون عاملا شبيهاً ببعد العصابية (P+)، وأما العامل الثانى فكان شبيهاً بالعامل الثانى الذى انتهى إليه أيزنك فى دراسته وهو عامل أحد قطبيه الديستاميا، والقطب الثانى له هو الهستيريا على التوالى (59-55 : 56).

وإذا سلمنا بصحة أغلب أو كل مقاييس أيزنك، فلن يكون هناك شك كبير فى أن النمطين اللذين عزلهما يمثلان نوعين مختلفين من الناس، ولا تختلف هاتان المجموعتان بعضهما عن بعض اختلافا واضحاً فحسب، بل إن خصب الوصف الموضوعى الذى قدمه أيزنك لتحديد الطرز وللمزيد من الفهم لها كان كاملا تماما، ولذلك فقد قدم لنا فى مؤلفه (246-246 : 56) وصفاً دقيقاً لكل من المنطويين العصابيين ـ والانبساطيين العصابيين، اتفق مع الإطار العام لنظريته فى هذا المجال.

ويثير أيزنك مشكلة العلاقة بين ثنائية الانبساط / الانطواء بتعريفات الدورى وشبه الفصامى، فيشير إلى أن المنطوى كان يعرف فى الماضى (شبه الفصامى Schizoid) والسيكاثنيا معاً، وبالمثل فإن المنبسط كان يعرف فى الماضى بالشخصية الدورية Cycloid) والهستيرية معاً.

وقد أشار يونج إلى العلاقة الجوهرية بين الشيزوفرانيا والسيكثنيا، ويشير إلى أن كل تخطيطات التصنيف تشير إلى التأكيد على الفروق التى تكمن خلف تلك الأعراض، ومن ثم كان اعتقاده فى الكيان الجوهرى للحالات الوجدانية سواء أكان فى صورتيه العصابية والذهانية، وبهذا يمكن أن ترفض التشابهات الكامنة بين التخطيطين، ويمكن بذلك أن نشير إلى أن الحالات الوجدانية يمكن أن توجد لدى المنطوى من ناحية ويمكن أن تظهر لدى المنبسط من ناحية أخرى.

وعلى ذلك فإن الإجابة على التساؤل السابق عن العلاقة بين بعد الانبساط/ الانطواء والعصاب تبدو ممكنة فى ضوء النقاط الثلاث الآتية:

١ ـ افتراض الهوية المستقلة لكل عرض من العرضيين السابقين. أو

٢ ـ افتراض أن التخطيطات تشير إلى فروق بينية وأبعاد مستقلة للشخصية. أو

٣ ـ أننا أمام ثلاث طرز أساسية من الاستجابات : الهستيرى، الديستامى الوجدانى، شبه الفصامى.

هذا وقد أظهرت الدراسة التى أجرها أيزنك نوعين فقط من الطرز. وذلك بسبب ظروف التجربة :

البعد الأول: الهستيريا فى مقابل الديستاميا.

البعد الثانى: شبه الفصامى فى مقابل الدورى

وقد انتهى أيزنك من تجربة أخرى له إلى أن هناك اختلافا كيفياً يوجد بين الحالات الوجدانية والعصابية والذهانية، وأن هناك فروقاً بين الأمراض الذهانية والعصابية بوجه عام وهذا يؤدى بنا إلى الاعتقاد فى الاختلافات الجوهرية بين حالات القلق[١]، والاكتئاب الرجعى[٢]، من ناحية، والاكتئاب الداخلى المنشأ[٣]، وأمراض الهوس الاكتئابى[٤] من ناحية أخرى. وعلى ذلك فليس من الصعوبة أن يعتقد فى ثنائية الدورى[٥] ـ شبه الفصامى[٦]، وهو البعد الثالث للشخصية، وهو بعد غير مرتبط جوهرياً ببعدى الشخصية الأخريين. (56 : 71, 242-250).

---

(1) Anxiety states.
(2) Reactive depression .
(3) Endogenous Depression.
(4) Manic depressive illness.

(٥) الشبيه بالدورى Cyloid حالة يتأرجح فيها المزاج فى نطاق واسع ولكنه يظل فى الحدود السوية وقد تطلق على بعض نماذج الشخصية (136 : 14) .

(٦) الشبيه بالفصامى Scizoid هو الذى يشبه الفصامى فى سلوكه الثابت أو شخصيته المنسحبة من العالم الخارجى والمتجه نحو الذات ـ ويقف سلوكه على حدود عدم السواء ـ وربما كانت مقدمات أو صور أولية للسلوك الفصامى (478 : 70).

ويخلص أيزنك إلى النتيجة الآتية:

إن الهستيريين والسيكوباتيين، ومختلف الجماعات الديستامية فى الحقيقة كلها مجموعات درجاتها مرتفعة على عامل العصابية أو الانفعالية ، ولكنها تختلف بطريقة جوهرية على بعد الانبساط / الانطواء (47 - 35 : 66).

وباستقرآء نتائج عدد من البحوث والدراسات المنشورة فى مجال اضطرابات الشخصية والسلوك جزءاً منها قام بها أيزنك فى إنجلترا، والجزء الآخر قام به عدد آخر من الباحثين فيما بين عام ١٩٣٤ وعام ١٩٦٧. وتدور هذه الأبحاث حول: العلاقة بين بعد الانطواء/ الانبساط واضطرابات الشخصية والسلوك حول عدد محدود من النقاط الأساسية نلخصها فيما يلى:

١ ـ المقارنة بين استجابات المرضى العصابيين والذهانيين على عدد من مقاييس السمات المزاجية للشخصية.
٢ ـ الكشف عن حقيقة العلاقة بين مقاييس السمات المزاجية للشخصية وعدد من المقاييس الإكلينيكية ذات الصدق المرتفع.
٣ ـ الكشف عن العلاقة بين درجة الشخص على مقاييس الانبساط/ الانطواء وبين إصابته سواء بالعصاب أو بالذهان، وكذلك إمكانية شفاءه.

يتبين لنا عدد من الحقائق الأساسية فى هذا الصدد نوجزها فى النقاط الآتية:

أولاً : أن الذهانيين الدوريين انبساطيين متطرفين، وأن الفصاميين انطوائيين متطرفين، بنيما يمثل الأفراد الأسوياء موضعاً وسطاً أو متوسطاً بين المجموعتين، وقد اتضح من خلال نتائج البحث الأول أن المجموعة السوية كانت أكثر انبساطاً، وأن المجموعة الفصامية كانت أكثر انطواءاً

ـ ذلك عن مجموعة الذهانيين الدوريين ـ مفترضين موقعاً متوسطاً لهاتين المجموعتين السابقتين.

وعلى عامل العصابية اتضح أن مرضى الفصام والذهان الدورى يشابه كل منهما الآخر فى استجاباتهم على مقياس العصابية، أكثر من مشابهة أى منهام لمجموعة الأسوياء.

ثانياً : لا توجد علاقة بين الانطواء أو الانبساط وإمكانية التنبؤ بحالات الذهان الوظيفى [1] Functional Psychoses، كذلك لا توجد علاقة بين الشخصية الانطوائية والشفاء، وأن هناك معامل ارتباط صفرى بين عدد من السمات الفصامية وتقديرات السيكايترين نحو الشفاء.

ثالثاً : أن المرضى الواهنين يكونون أكثر انطواءاً من المرضى ذووى البنية البدنية.

رابعاً : بالمقارنة بين مجموعات العصابيين والسيكوسوماتيين والمجرمين العائدين، والسيكوباتيين، والأسوياء على عاملى الانبساط والعصابية يتضح الآتى:

(أ) أن مجموعات العصابيين والسيكوسوماتيين والمجرمين العائدين أكثر عصابية من مجموعة الأسوياء.

(ب) أن مجموعات الديستاميين (العصابى الذى يتصف بالانطوائية) كانت أكثر انطواءاً وأن مجموعة السيكوباتيين كانت أكثر انبساطاً.

---

(١) من المسلم به أن الأمراض العقلية إما عضوية ـ وهى ما كان لها أساس عضوى معروف كتلف النسيج العصبى للمخ من الزهرى، أو المخدرات أو تصلب الشرايين كجنون الشيخوخة، وجنون المخدرات، الشلل الجنونى العام، أو تكون الأمراض العقلية وظيفية، أى تكون العوامل النفسية جوهرية غالبة فى أحداثها كالفصام والذهان الدورى، وهى الأمراض التى لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوچية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية، ويعد الفصام مثالا للذهان الوظيفى، فلا يوجد فيه تغيرات تركيبية أو تشريحية لخلايا أو لنسيج مخ الفصامى أو تركيب عضوى آخر يمكن أن نعزو إليه الاضطراب، راجع : (٢٠ :٤٢٠).

(ج) هناك صعوبة فى التمييز بين الهستيريين والمجرمين العائدين والسيكوسوماتيين، رغم تميزهم عن الديستاميين والسيكوباتيين.

كل هذا يؤكد طبيعة العلاقة الدقيقة بين الانطواء والعصابية، ومدى تأثيرهما على توافق الشخصية فى حالة وجود ضغوط بيئية تفوق التكوين النفسى للفرد.

خامساً : فى حالة المقارنة بين الهستيريا التحولية Conversion Hysteria والتى تشخص مبدئياً فى ضوء الأعراض الجسمية الظاهرة للحالة، والشخصية الهستيرية Hysterical Personality والتى يتم تشخيصها على أساس ملاحظتنا لأنماط السلوك العامة للفرد، وذلك فى ضوء بعدى العصابية والانبساط اتضح :

(أ) أن الحالات التى تعانى من هستيريا تحولية لا تختلف كثيراً عن الأفراد الأسوياء على مقياس العصابية، وأحد التفسيرات الممكنة لهذه النتيجة أن الحالات التى تعانى من أعراض الهستيريا التحولية تنجح دائماً فى تحويل العصاب إلى أعراض جسمية.

(ب) تشير النتائج على مقياس الانبساط أن العينة العصابية والمتضمنة لحالات (القلق، والاكتئاب) يحصلون على درجات منخفضه (انطواء) ، وأن حالات الشخصية الهستيرية يحصلون على درجات مرتفعة دائماً (انبساط)، ومعنى ذلك أن العصابيين ككل ينزعون إلى أن يكون لهم متوسط أقل فى درجات الانبساط من الأفراد الأسوياء، وأن الحالات المرتفعة درجاتها نسبياً (الشخصيات الهستيرية + الاتجاهات الهستيرية) تنزع إلى أن يكون لهم نفس متوسط الدرجات كالأسوياء.

سادساً : أن مجموعات السيكوباتيين تنزع إلى أن تكون أوثق بالأسوياء من العصابيين على بعد العصابية، وهذه النتيجة لاتتسق وتنظير أيزنك،

بينما تتسق وعلم الأعراض من أن الشخصية السيكوباتية تنفصل اعتبارياً عن حالات العصابيين والذهانيين.

سابعاً : يظهر الانبساطيون العصابيون الأعراض الجسمية للقلق Somatic Symptoms of Anxiety وذلك فى حال انهيارهم عصابياً، بينما يظهر الانطوائيون العصابيون الأعراض النفسية للقلق Cognitive Symptoms of Anxiety فى حالة انهيارهم.

ثامناً : فيما يتعلق بموقع مرضى الفصام بشقيه (السلوكى ـ الاستجابى) على بعدى العصابية والانبساط فقد اتضح أن (الفصاميين السلوكيين Process Schizophrenia) كانوا أكثر ارتفاعاً نسبياً فى درجة الانطواء وذلك بالمقارنة (بالفصاميين الاستجابيين Reactive Schizo-phrenia ـ أى أن هناك علاقة جوهرية مرتفعة بين بعد الانطواء والفصام بشقيه.

لقد استندت هذه البحوث إلى عدد من الأصول السيكولوچية فى مجال دراسات الشخصية ـ قدم لها الباحث فى مقدمة البحث ـ ومن خلال هذه الأصول نستطيع تقديم تحليل كيفى لهذه الأنماط من الاضطرابات، ذلك على اعتبار أن السمات المزاجية للشخصية ينتظم داخلها معظم ضروب السلوك السوى أو المتوافق اجتماعياً، أو ضروب السلوك غير السوى أو غير المتوافق اجتماعياً. أو بعبارة أخرى أننا من خلال هذه السمات نستطيع أن نقدم تفسيراً لتلك الاختلافات ـ وأوجه التغاير المختلفة التى يمكن أن نلاحظها فى سلوك الأفراد وشخصياتهم سواء أكانت هذه التغايرات فى (اتجاه الصحة النفسية أو الاتزان الوجدانى أو تحقيق الذات) أو فى (اتجاه المرض النفسى، ومحاولات التخلص من الاضطرابات الانفعالية، وإعلاء الصراعات اللاشعورية). (عبد الحليم، ١٩٧١، ص ٣٠٢).

الفصل الثالث

المرض - المريض

أولا - المرض : نظرة تاريخية:

- تمهيد.
- توماس سيدنهام.
- بينيل - كريبلين.
- بول يوركا.
- المرض والمريض.

ثانيًا - المريض Patient

- تمهيد.

(أ) احتياجات المريض.

(ب) التغيرات التى تطرأ على المريض عند دخوله المستشفى.

(ج) التفرد بين المرضى فى خصائصهم.

(د) حقوق المريض ومسئولياته.

(هـ) دور المرض فى شخصية المريض وسلوكه.

الفصــل الثالث
المـــرض والمريـــض

تمهيد:

المرض ـ نظرة تاريخية:

الطب السريرى وهو نوع حديث من أنواع الطب تعنى فحص المرضى ومعالجتهم وتشخيص حالتهم على مشهد من الطلاب الدارسين وهذا العلم الطبى الحديث لن يتقدم أو ينمو بدون الإدراك السريع للمرض، ومعرفة المرض ومفهومه.

فالمعرفة المبكرة للمرض فى الشخص ومعرفة مكانه وتحديده بدقة، يكفل علاجه بكفاءة أكبر، ولذلك يجب ألا نكتفى بهذا ولكن لابد من الممارسة العلاجية الفعالة بسرعة كذلك تدريب الطلاب على هذا.

وفى الواقع أنه قديماً كانت توجد مجرد فكرة عامة عن المرض ولكن لم توجد تخصصات مرضية، أو أسباب للمرض ولكن :

الآن فى هذه الآونة الأخيرة أصبح المرض معروف وأصبح كل ممارس للطب يعرف أسباب هذا المرض سواء الأسباب الشخصية أو الأسباب المرضية وأصبحت هناك جرعات دوائية علاجية ومجموعة جرعات تعطى للمريض أثناء علاجه ليست لإخفاء المرض تاماً ولكنها تكسب الجسم بعض المناعة ضد هذا المرض لتقوية جهاز المريض المناعى حتى يصبح قادراً على مواجهة المرض.

وغير هذا أو ذاك أصبحت هناك نتيجة للعلاج غير الموت فقد أصبحت هناك نتيجة تنتظر وتتوقع وهذه الأشياء سواء أسباب المرض أو جرعات العلاج أو النتيجة لم تكن منتشرة من قبل بل انتشرت فى حدود القرن السابع عشر.

توجد هناك مجموعة من العلماء هذه المجموعة كان لها مفهومها

الخاص عن المرض وقد عرف كل عالم المرض حسب مفهومه ومعتقداته وعلى أسس علمية بحتة ومن هؤلاء العلماء :

(١) توماس سيدنهام: Thomas Sydenham

ينسب المفهوم الجديد للمرض إلى العالم الإنجليزى توماس سيدنهام وقد حدث هذا فى عام ١٦٢٤ إلى ١٦٨٩ وكان معترفاً بهذا المفهوم لأنه لم يتقدم أى عالم بأى مفهوم آخر أثناء هذه الفترة.

وهذا العالم الجليل كان له الفضل الكبير على الطب والأطباء إلى الآن.، حيث أنه لم يعرف المرض فقط بل اكتشف العديد من الأمراض مثل مرض المفاصل أو المعروف الآن بالاسم العامى «داء الملوك» وهو مرض «النقرس» واكتشف أنواع من الحمى تعرف باسم «الحمى القرمزية» وهى حمى ناتجة عن الحصبة وسميت بهذا الاسم لأنها تتفق مع الحصبة فى جميع أعراضها بجمع اللون الذى يصبغ به الجسم فى الحصبة.

وهذا النوع من الحمى يصاب به مرضى الحصبة لأنه من المعروف أن مرضى الحصبة تكون حرارتهم مرتفعة مع القيء والدوران وهذه كلها أعراض الحمى والفرق بين الحمى العادية والحصبة هو الطفح الجلدى الظاهر على الجسم.

إن المعنى العام للإنجاز العلمى لعلم الأمراض والذى تقدم به العالم توماس سيدنهام لم يستهان به بل ظل موضوع لحديث وبحث وترقب العلماء فترة كبيرة.

وقد قدم العالم توماس سيدنهام ضمن أبحاثه وصفاً جيداً لعلم الأمراض لم يكن من الممكن غض النظر عنه بدون بحثه.

ولكن أخذ على توماس سيدنهام أنه فى أبحاثه عرض عملية وصف علم الأمراض إلى تعقيد علمى على مستوى كبير وتعقيد مبالغ فيه إلى حد

ما. غير أنه أيضاً من الأشياء التى أخذت عليه أنه عندما كان يعرف ويحدد أعراض معينة لمرض ما معين فإنه كان يعمم هذه الأعراض على جميع الأفراد ولم يضع فى اعتباره البيئة المعرض لها كل فرد ودرجة تحمل كل فرد، والصورة التى يمكن أن يظهر بها المرض عند كل فرد فإذا أخذنا مثال على ذلك مرض بسيط مثل الأنفلونزا. فهذا المرض يمكن أن يوجد فى منزل واحد لأكثر من فرد ولكن أعراضه تختلف لدى كل منهم حسب مقاومة كل فرد وطبيعة جسمه ولكن سيدنهام لم يعترف بهذه النقطة وحاول مطابقة المرض الواحد فى الفرد بأعراضه بنفس المرض فى فرد آخر بالرغم من اختلاف البيئة التى يعيش فى إطارها الفرد ـ درجة تحمله... إلخ.

وهناك حالات مرضية كثيرة جداً يصعب التفرقة بينها لتشابهها فى الأعراض الكثيرة ولكن هذا التشابه يكون موجوداً من الناحية السطحية وبالتعمق فى الحالة المرضية ودراستها يظهر أن هناك أعراضاً داخلية ليست متشابهة وهذه الأعراض على أساسها تبدأ تحديد مجموعات الجرعات العلاجية وعمليات التمريض على تعاطى الدواء.

وقد بدأ علم الطبيعة يأخذ على عاتقه الإسهام فى توضيح الأعراض الجديدة والصفات الجديدة للمرض مثل علم الأشعة وهذا العلم يستطيع إعطاء صورة لأجزاء الجسم الداخلية منها نستطيع التوصل إلى الداء ومنه نستطيع وصف الدواء.

ولم يكن توماس سيدنهام هو العالم الطبى الوحيد بل وجد غيره من العلماء التى تفخر بهم الأرض ومن هؤلاء العلماء من اتبع توماس سيدنهام وهو عالم إيطالى اسمه لويس باستير

(٢) **لويس باستير:** Louis Pasteur

هذا العالم يتبع سيدنهام ويتعتبر أحد تلاميذه المميزين وقد سبقه سيدنهام بحوالى قرن من الزمان ١٨٢٢ إلى ١٨٩٥.

ولويس باستير كان له فضل كبير جداً فهو يعتبر العالم الذى اكتشف أساس الأمراض كلها فهو مكتشف الميكروبات الدقيقة أساس كل داء. وقد مد أبحاثه بالطرق العملية أيضاً أى لم يكتف بالطرق النظرية بل وعمل على تطابق وتماثل الأمراض مع بعضها وربط بينها.

وباستير هذا هو صاحب نظرية عرفت وقتها باسم «نظرية الأمراض الجرثومية» وهذه النظرية تناولها علماء كثيرون من بعده وكانوا يستفيدون منها أكثر مما كانوا يعطوها أو يزيدوا عليها من معلومات وحقائق وهذه النظرية لها نتائج فورية.

وقد اكتشف باستير عملية التلقيح بالبكتريا نفسها ولكن ليست البكتريا الحية إنما بكتريا ضعيفة أو سموم البكتريا وهذه هى فكرة اللقاح، وفوائده هو أنه يحاول إكساب الجسم مناعة شديدة ضد المرض البكتيرى فعندما تأتى البكتريا لتصيب الجسم تجد موانع وسوف أشرح ببساطة متناهية فكرة اللقاح والتلقيح:

إذا ظهر مرض معين وانتشر فى بيئة ما فتقوم الهيئات الصحية بعمل لقاح مناسب لتلقيح أهل هذه البيئة لحمايتهم ضد هذا المرض.

فيقوم الطبيب الملقح بعمل لقاح يحتوى على البكتريا المضعفة والمسببة لهذا المرض أو سموم هذه البكتريا أو بكتريا ميتة وما فكرة هذه العمليات:

الفكرة هو دخول جسم غريب ليس له أى ضرر وهذا الجسم يعمل على إثارة كرات الدم البيضاء فتعمل على تكوين أجساماً مضادة كثيرة ضد هذا الجسم الغريب فعندما يصاب الجسم بالبكتريا الحية المسببة للمرض تكون قد تكونت عنده أجسام مضادة تبدأ فى مهاجمة البكتريا المهاجمة للجسم وتلتهمها وتمنع المرض من الظهور أى أن فائدة اللقاح هو مهاجمة المرض بأجسام مضادة مجهزة مسبقاً ولكن ليس الفائدة منه العلاج أو اكتساب مناعة دائمة ولكنها مناعة مؤقتة فقط تنتهى بانتهاء البكتريا التى

تصيب الجسم لأن الجسم يكتسب بالطبيعة مناعة ضدها بمجرد إصابته بها. فبهذه الطريقة نحمى الجسم من مهاجمة البكتريا.

ومن بعد باستير جاء علماء آخرون كان لهم الفضل فى الإشارة إلى الاضطرابات العقلية ومنهم :

بينيل وكريبلين Penel & Kraepelin:

ربط هذان العالمان بين الظروف البيئية المحيطة بالإنسان وبين إصابته بالمرض فإن المرض لابد له من أسباب ومن أهم الأسباب هى البيئة وقد استمد العالمان الفرنسيان بينيل وكريبلين أبحاثهما من كل الظروف المحيطة بهم فمن هذه الظروف عانى الإنسان الاضطرابات النفسية والعقلية، وهذه الاضطرابات المرضية وإن كانت قليلة فى عهد هذين العالمين إلا أنها أعطت فكرة صريحة وواضحة وأنها سوف تزيد مع تقدم الزمن وتقدم العلم والحياة فإن العلم مهما كانت مميزاته فله حدوده فإن مجرد التفكير فى العلم وتشغيل العقل أكثر من اللازم هذا فى حد ذاته مرض كبير وبالطبع بمرور الزمن وتقدم الحياة زادت الأمراض النفسية والعقلية والعصبية فمجرد الهواء العادى أصبح متأثر بالعلم والتقدم والتكنولوچيا.

كل ما يحيط بالإنسان فى البيئة يؤثر فى نفسيته ومن هنا نشأ فرع جديد من فروع الطب هو فرع الطب النفسى Psychiatry ومن هنا ظهرت أهمية دراسة علم النفس العام General Psychology.

وبات واضحاً أن كل (ما ينتظم المجال الحيوى للإنسان) يكون له تأثيره بشكل أو بآخر على شخصيته وسلوكه فإذا تتبعنا شخصية ما مجرد شخصية فرد عادى من أى شعب سوآء أكان أجنبياً أو عربياً ولكن الشخصية القريبة منا هنا هى الشخصية المصرية.

منذ خروج العامل من منزله للعمل فإن أول ما يقابله ويتعب نفسيته هو انتقاله من المنزل إلى العمل فى مواصلات عامة فى منتهى الزحام يبدأ

فى شرب السجائر من الضيق، يركب المواصلات فى يده سيجارة فيها تعب لنفسيته وجسمه وتعب لمن حوله فقد لوث جو الحافلة وهى ليست محتملة.

ذهب إلى العمل (ضغط العمل، مضايقات العمل تؤثر فى نفسيته) جلسته غير المريحة، جو المكان، المنبهات التى يتعاطاها العامل من شاى وقهوة تؤثر على العقل فإن العقل يفرز مادة تشبه هذه المادة تسجل ما يضعه الإنسان فى عقله ولكن المنبهات تؤثر فى هذه المادة تأثيراً بالغا فى خطورته فتمنع تسجيل المعلومات عليها فيصاب الإنسان بنسيان وهو ما يسمى عدم التركيز وعدم التذكر.

إلى أن يعود العامل إلى منزله مرة أخرى ويعانى نفس المشقة وغير هذا نجد الضغوط Stress التى تقع على العامل أثناء تأدية الواجب فى عمله من معاملات غير لطيفة ومشاكل عمل غير مشاكله الشخصية بدون محاولة لحل مشاكل العامل من المجتمع.

ومن الجدير بالذكر أن أهمية تطبيق فكرة أن الإنسان فى حال اضطرابه عقلياً يجب أن يحجز فى مستشفيات عقلية لحمايته وحماية الغير منه. فقد تم بواسطة فيليب بينيل تحرير أماكن علاج الاضطراب العصبى والعقلى من السلاسل والقيود فى المصحات والمستشفيات العقلية فى عام ١٧٩٢ وتعرض بينيل إلى قدر من الهجوم ومن ناحية أخرى خلفية بالخوف والإثارة وكان يجب أن يقاوم ويدافع عن قراره.

وكان الرأى العام آنذاك معارضاً لهذا الاتجاه الإنسانى وكان مقتنعاً أن قراره هذا متأثراً بطبيعة المرض وبناءً عليه اقتنع أن المرضى العقليين لا يستحقون العقاب بل إنهم يطالبون بالعلاج، فهم مرضى محتاجون إلى العلاج وليس إلى العقاب مع مرور الوقت كان بينيل ثابت على مبدأ توسيع المفهوم أو الفكرة العامة عن مرضى الاضطراب العقلى أوالعصبى.

وقد بدأ علماء كثيرون فى تصديق أن كل التصرفات خارجة عن إرادة

وتصرفات الجسم وفى منتصف القرن التاسع عشر اهتم كل من شارلز بل وفرنسوا ماجنيدى سنة ١٧٧٤-١٨٤٢ سنة ١٧٨٣ - ١٨٥٥ وجوهانس مولر سنة ١٨٠١-١٨٥٨ برسم منظراً للجسم حاولوا بقدر الإمكان تشبيه الجسم كآلة عاملة.

وبالفعل فإذا شبهنا الجسم بالآلة فإنه أسلم تشبيه يمكن أن يفهم أن جسم الإنسان عبارة عن آلة مصنع متحرك يرأسه العقل. بما فيه من أجهزة ومفاتيح تشغيل صعبة الفهم فهو الذى يسيطر على الجسم بما فيه من حركات ومشاعر وغير هذا فإن الرئيس نفسه له مصدر غذاء يمده وإذا توقف فإن مصدر التشغيل (العقل) يموت وهذا المصدر وهو القلب يمد الجسم كله بأجهزته المختلفة وإذا سلمنا بالتشبيه السابق أن القلب يمد الجسم بالوقود أى (الدم) وهو الذى يعمل به الجسم فهو عبارة عن وحدات (عمال) تنقل الطعام للجسم تنقل الأكسجين وتتبادل الغازات وغيرها من عمليات معقدة غير أنها تدافع عن القلعة الحصينة ضد أى غزو بما فيها من كرات الدم البيضاء التى تعمل على مهاجمة الغزو المرضى.

ثم الاكتشاف والاعتراف أن من أهم مسببات الاضطرابات العصبية هى الاعتلال الجسدى.

(٤) **بول بروكا** : ١٨٢٤-١٨٨٠

درس عقول الأشخاص التى تعانى من مرض سفاسيا وهو مرض يعانى فيه الإنسان صعوبة فى النطق ومن هنا اكتشف العالم بول منطقة الكلام فى المخ وأطلق عليها اسم «منطقة بروكا» وإذا حدث فى هذه المنطقة أى اختلال معين يؤدى هذا إلى أن الإنسان يعانى من صعوبة فى النطق وهذه المنطقة توجد فى الفص الجبهى للمخ.

كذلك لابد للإشارة إلى كل من ريتشارد فون وكرافت واينخ ١٨٤٠-١٩٠٢ قد أثبتا أن الاضطراب العصبى قد يتسبب عنه السفلس أى

الزهرى وبناءً عليه فهو طبيعى أكثر منه أو أصح من أن يعرف بأن شيء عقلى أو ذهنى مرضى.

ومن بعد هؤلاء العلماء جاء عالم آخر يدعى إميل كرابلن:

(٥) أميل كرابلن ١٨٥٦-١٩٢٦:

أكمل الطريق الواصل بين الدواء وتأثيره الكمى على وظائف الجسم غير الطبيعية.

وقد استمد هذا الطريق باعتبار خاطئ بعض الشيء حيث أنه لم ينزع إلى فكرة أى الاضطراب العقلى (الذهنى) مرض عضوى بحث له دواء بعقار معين غير أنه لابد من أن يعالج بشيء من الحكمة ذلك أن مفهوم المشكلة المتسببة فى المرض النفسى يجب أن تعالج أولاً بالإضافة إلى الدواء مما يكفل معه شفاء الحالة وهذا التقدم نحو العلاج جعل العلماء يأملون ويتطلعون فى أن يروا أن الاضطرابات العقلية والنفسية لها علاج حيث أن أى دواء يكون له مفعولا فى حالة معينة يمكن أن يكون له نفس الفاعلية فى علاج أمراض أخرى فلا شك أن الاضطراب العقلى ما هو إلا مرض ناتج عن اعتلال فى الجسم قبل أى شيء آخر.

وأنه خاضع للعلاج بالطرق العلاجية الكيميائية قبل أن يكون خاضع للعلاج بالطرق النفسية فى حل المشكلة المعقدة التى قابلت المريض وجعلته يعانى من هذه الصدمة المسببة للمرض أو الاضطراب على حد قول بول بروكا.

المرض والمريض: Patient and Disease

منذ أن تقدم علم الصحة (الطبى)، فى القرن العشرين. فقد ثبت مفهوم نشاط المرض وبعد ذلك أوضح مع كوهين الذى اهتم بالتقدم الطبى الحديث الكثير عن المرض أكثر من الناس المصابة بالمرض.

وقد قادنا معنى المرض إلى شكل المريض الغائب عن المسئولية (أى فاقد

الوعى) وطرق علاجه فإن المريض غير القادر على تحمل المسئولية لا يكون قادر بالتالى عل أن يشكو أو يوضح لنا ولهيئة التمريض) عن آلامه ولكن هناك طرق لعلاجه لمعرفة كيف نعرف الحالة ولكن بدون مساعدة منه فكل (فقدان للوعى) يمكن أن يكمن وراءه مرض معين فمرضى السكر عندما يفقدون الوعى يتغير لون الجلد لديهم إلى اللون الأزرق أما الصفراء فإن مرضاها عندما يغيبون عند الوعى يتحول لون الجلد لديهم إلى اللون الأصفر وهكذا دواليك.

وكل مرض له تدريبه وتمرينه وتجاربه وأخذ جرعاته الدوائية المعينة فى تطابق واحد متعاقب إذا لم يحدث شيء ليوقفها وقد اكتشف كعامل أساسى يمكن أن يسهم فى مقاومة العوامل التى تعوق الشفاء.

ويجب أن يوضع المريض تحت المراقبة الدائمة والمستمرة حتى نلاحظ التغيرات التى يمكن أن تحدث فيمكن أن نكون معتقدين بنوع مرض معين ولكن بتواجد المريض فترة داخل المستشفى فقد يحدث تطور للمرض إلى أن يصبح مرض آخر فإذا لم نلاحظ تطور المرض فلن نستطيع الإسهام فى شفآء المريض.

والمريض يعتبر عائلا لمرض (لفيروس أو بكتريا) معينة أى يعتبر زائراً غير مرغوب فيه فى الوسط المحيط. وواجبنا الضرورى هو أن يشفى هذا المريض من هذا الداء أو يتخلص منه فقديماً عندما عرف مرض الكوليرا لم يكن له علاج فكان الواجب هو التخلص من المريض بالحرق فوراً وكذلك بعض الأمراض الأخرى المعدية والمميتة التى لم يعرف لها علاج.

إذا رفض المريض أخذ العلاج أو الكشف عليه أو إجراء الجراحة اللازمة له فلابد من أن يلزم بإجراءات العلاج أو الكشف أو إجراء الجراحة والذى لا يعرفه عدد كبير من الناس أو الأطباء أيضاً أن الإنسان فى داخله شيء خفى يمكن به أن يشفى من المرض بدون علاج فالإنسان كآلة عاملة يمكن أن تتعرض لقوى مثل الصدأ أو التآكل وكذلك الإنسان وعندها يحتاج للتلقيح لمنع المرض.

وقد عرف القرن العشرين بين العلماء بالقرن الحماسي والنشاط الطبي حيث أن الطب زادت سرعته فيه واكتشفت فيه وسائل جديدة مثل الأشعة التي قد يكون لها أضرارها إذا امتص الجسد هذه الأشعة خصوصاً في الأجنة ولكن استطعنا في القرن العشرين وفي منتصفه بالتحديد تلافي هذه الأخطار وكذلك الصدمات الكهربائي. وغيرها واستخدام ثاني أكسيد الكربون في الأدوية حتى سموم الثعبان استخدمت في الأدوية.

والجراحة الفصية التي تجرى في فصوص المخ الجبهية وعقاقير التنشيط الفسيولوجي كالعقاقير المستخدمة في حالات الأمراض السيكولوجية.

ولكن في النهاية يقول كثير من العلماء إنه بالرغم من التقدم العلمي والذي توصلنا إليه أنه لا يمكن معرفة سبب الأمراض العقلية حتى الأدوية ليس لها القدرة على إزالة أسباب الأمراض العقلية أو شفاءها تماماً.

الهستيريا Hysteria:

يتميز عصاب الهستيريا بظهور أعراض وعلامات في مجالي العقل والجسم نتيجة لعوامل شعورية تحمل من ورائها عادة دافعاً إلى مكاسب ثانوية، وتعطي الصورة الكلية انطباعاً، وكأن الأعراض قد ظهرت عن قصد مدبر، غير أن المريض يكون غير واعٍ بها. وأحياناً ما يستمر التفاعل الهستيري، ويزداد المدى الذي يخل فيه بالوظائف العقلية ككل وبشكل خطير. وفي هذه الحالات يتخطى التفاعل المكسب الثانوي وتغلب على الصورة ميكانيزمات نكوصية أكيدة مما يؤدي إلى تفكك فعلي في الشخصية، كما أن التكيف يختل بصورة شديدة، ويتشوه الواقع ويزيف وتكاد تختفي البصيرة تماماً (الجمعية المصرية للطب النفسي، دليل تشخيص الأمراض النفسية، ص ٥٨).

وحالات الهستيريا من الحالات المرضية الزائدة أو التي تتداخل بصورة كبيرة في الحالات المرضية للسيدات.

(١) هيبوكراتس:

قام بوصف حالات الهستيريا فقال أنها تنتج بسبب اضطرابات في الرحم وهذا أحد أسبابها المهمة بالنسبة للسيدات وهو أيضاً له تعليق يؤكد أنها ذات علاقة وثيقة بالزواج والمؤثرات النفسية والاجتماعية والجنسية.

(٢) شاركو:

يرجع الفضل إليه فى اكتشاف الهستيريا وعلاجها بالتنويم الذى تطور على يد من جاءوا بعده من أنصار التحليل النفسى.

(٣) جوزيف بورو: ١٨٤٢-١٩٢٥

فى بداية ١٨٨٠ اكتشف أن التنويم المغناطيسى يستخدم لكشف الذاكرة المضطربة ويعتقد جوزيف بورو أن العلامات تختفى عندما ترتبط هذه الذاكرة بالعاطفة.

(٤) سيجموند فرويد:

أصغر عالم نمساوى كان حذر من اعتقاد بورو وذهب إلى باريس للدراسة مع شاركوا وهنا أصبح فرويد مقتنعاً بأن الاضطرابات الهستيرية تحدث بسبب الاضطرابات الجنسية.

وقد استخدم فرويد التنويم المغناطيسى ووضع نظرية عن الطبيعة السيكولوجية للمضطربين نفسياً وقادنا هذا إلى العلاج بالسيكودراما وللاضطرابات العقلية ودراسة الشخصية ويلاحظ أن التحليل النفسى قد أكد أن ظروف الجسم المرضية تتسبب عن عوامل نفسية.

(٥) فليكس دورتين ١٨٨٤ - ١٩٦٤ وهيلين فلاندر دوربنار :

نشروا أبحاثاً عن علاقة العقل والجسم فى عام ١٩٣٥ وذلك فى مجلة الأمراض السيكوسوماتية وعلاجها فى عام ١٩٣٩، وكذلك فى مجلة العلاج السيكولوچى الحديث ـ وكان فى هذا كله إشارة إلى أن هناك اتفاقاً أو موائمة بين العقل والجسم.

ثانياً ـ المريض
Patient

تمهيد:

يأتى المرضى من كل الأعمار والأشكال والألوان والمستويات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية وأيضاً المزاج والطباع، ولا يوجد شخصين متشابهين تماماً. ففى عام ١٩٧٨ تقدم أكثر من ٣٥ مليون شخص ذووى عقول سليمة عبر المدينة إلى المستشفيات، وبالرغم من أن كل شخص له شخصيته ومشاكله وظروفه الخاصة به، فإن كل شخص يشترك فى بعض الجوانب مع الأشخاص الآخرين، وبالرغم من الاختلافات أو المتشابهات فإن كل المرضى لهم من الحقوق والواجبات التى يجب أن تقابل بالعناية العلاجية حتى يتم التأكد من تقدمهم نحو الشفاء والراحة، ولكن المسئوليات تأتى مع الحقوق، والمسئولية الأساسية للمريض هى مشاركته فى شفاء نفسه، وفى هذا الفصل نتعرض لاحتياجات المريض البيولوچية والطبية والنفسية، ثم التغيرات التى تطرأ على المريض عند دخوله المستشفى ودور أفراد الفريق العلاجى فى علاجها أو التخفيف منها، ثم نتعرض لأوجه التشابه والاختلاف بين المرضى، وكيف تؤثر هذه التشابهات والاختلافات على مدى استجابة المريض للعناية والعلاج الذى يقدم له، ثم نرى حقوق المريض ـ ومسئوليته فى المشاركة فى علاج نفسه.

أولا ـ احتياجات المريض:

عندما يدخل المريض إلى المستشفى يكون فى بداية الأمر قلقاً، ويحتاج إلى بعض الاحتياجات الأساسية والتى تتركز فيما يلى:

١ ـ احتياجات بيولوجية : Biological needs

وتتمثل فى الحاجة إلى الطعام، الدفء، الحماية.

٢ ـ احتياجات طبية ناتجة عن المرض: Specific needs related to his illness وتتمثل فى العلاج الطبى.

٣ ـ احتياجات نفسية Psychological needs وتتمثل فى:

(أ) الحاجة إلى الأمن The need for security

(ب) الحاجة إلى الحنان The need for affection

(ج) الحاجة إلى الحرية والاستقلال The need for Independence

(د) الحاجة إلى المبادأة (أو إلى الخطوة الأولى) The need for expereise initiative

وهنا نتناول بالشرح الاحتياجات النفسية وهى كالآتى:

(أ) الحاجة إلى الأمان:

والحاجة إلى الأمان متصلة بحاجة المريض البيولوچية للحماية، إذ أن المريض يصبح عاجزاً نتيجة لأعراض جسدية (بدنية) تحتاج إلى حماية مادية كذلك، ويشمل الأمان: التحرر من القلق من أى شيء كالقلق على أسرته أثناء مرضه وكذلك القلق على عمله ومستقبله ـ وللشعور بالأمان يقوم المريض بالمستشفى بتكوين مجموعات تتكون من بعض المرضى الآخرين، ولكى يصبح المريض مقبولا فى هذه المجموعة ومتقبلا لها ومنها لابد من:

١ ـ أن يكون المريض قادراً على تقديم مساهمة أو مشاركة فعالة فيها.

٢ ـ أن يكون الأفراد الآخرين بحاجة إلى سماع نصائحه وقبولها إذا كانت منطقية. وبذلك يكون بداية شعور المريض بالأمان.

(ب) الحاجة إلى الحنان والعطف:

يحتاج المريض فى المستشفى إلى الحنان والعطف، وإن كان حتى الآن

هناك بعض المرضى لكونهم فى مواقع يصعب فيها إعطاء ذلك الحنان والعطف لهم فمثلا:

١ ـ الشخص العادى عادة ما ينفر من المرضى بأمراض جلدية. خاصة إذا كانت معدية.

٢ ـ المريض المشوه، أو الذى به بتر ناتج عن حادثة أو جراحة، ليس هو المريض الذى تقضى معه الممرضة وقتاً طويلا.

٣ ـ بعض المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية يتصرفون بطريقة عدوانية تدفع بالشخص العادى إلى الابتعاد عنه.

جـ ـ الحاجة إلى الحرية والاستقلال:

يفضل الأفراد دائماً أن يصبحوا موضع مسئولية لتكون لهم حرية التصرف والاستقلال بأفكارهم وشخصيتهم. وفى المستشفى عندما يجد المرضى أن عليهم التنازل عن سيطرتهم على كل شىء والانصياع إلى ممرضة صغيرة فى السن، صغيرة بدرجة تشعرهم بأنها فى عمر أولادهم أو أحفادهم، نجد أن المرضى يختلف رد فعلهم لذلك، فمعظم المرضى يتقبلون الأمر ويضبطون انفعالاتهم، بينما قد يصاب الآخرون بالإحباط ويتمثل حينذاك فى نقص فى المطالب، والاحتياطات.

وهنا على الممرضة المساعدة لجعل هذه المرحلة سهلة بسيطة على المريض، وذلك بمعاملة المريض الراشد كأنه مريض راشد وتسمح له بدرجة من الاستقلال. والاعتماد على النفس.

وكذلك على الممرضة استخدام تعليمات، وتعبيرات خاصة، مع مراعاة عمر المريض وحالته الصحية وجنسه ونمط شخصيته.

د ـ الحاجة إلى المبادأة (أداء الخطوة الأولى):

يلاحظ أن المريض فى المستشفى دائماً ما يطلب مناقشة مرضه ليست فقط من قبيل الفضول، ولكن لمعرفة طبيعة مرضه، وما سوف يتم بخصوص

علاجه وخطوات ذلك العلاج وكذلك تكلفته، والأمل فى شفائه مما يعانى منه وما إلى ذلك من أمور. ويحتاج المريض إلى إجابات لأسئلته بدون أن يخدع أو يقال له أنك لن تفهم هذه الأمور.

هذه هى أبرز الحاجات التى تغشى سلوك المريض عند دخوله إلى المستشفى وتسبب له قلقاً زائداً، ولأن المريض هو أول اهتمامات الممرضة وأن واجبها يتركز فى التقليل من آلامه ـ فإن عليها واجب آخر هو إشباع تلك الحاجات سواء أكانت بيولوچية ـ أو ناتجة عن المرض ـ أو نفسية حتى تخف حدة هذا القلق وتكون هذه هى أولى خطوات العلاج الطبى له، ومن الحاجات النفسية للمريض كذلك:

هـ ـ الحاجة للقبول:

من الاحتياجات الحيوية للمريض حاجاته إلى أن يكون مقبولاً من الناس، كما هو مقبول كإنسان له حقوق، ومهما كان مظهره الخارجى أو حالة مرضه أو مستواه الاجتماعى الاقتصادى أو نمط شخصيته ـ وسلوكه، فإن الخطوة الأولى للعلاج لدى أى مريض هو شعوره بأنه مقبول، فالحالة الوحيدة التى يستطيع فيها الطبيب المعالج أن يستمر فى علاج المريض بنجاح هو أن يقبل المريض كما هو.

(و) الحاجة لتأكيد الذات:

بالإضافة إلى شعور المريض أنه مقبول لدى الجميع كما هو فهو يحتاج إلى شعوره بتأكيد ذاته فلابد أن يعرف بوضوح أنه قد أقبل للمستشفى بنفسه، وأن الذين يقومون برعايته طبياً يؤمنون بقيمته كإنسان. وتواجه عملية إقناع المرضى بأهميتهم كأشخاص مصاعب كما تتطلب كثير من الوقت، ولكنها عملية تستحق الجهد المبذول. ويلاحظ أن عدم فهم بعض الناس أو تأخر فهمهم بأهميتهم وقيمتهم يؤدى إلى تأخر خطوات العلاج.

(ز) الحاجة للإيمان بفكرة معينة:

يعد الإيمان بفكرة معينة من الاحتياجات الأساسية للمرضى بالمستشفيات، فإن إيمان المريض بفكرة معينة هى حلقة الوصل بين الموضوعية الباردة والتعاطف. وهنا يجب أن يكون هناك قدر من التفاعل الاجتماعى بين المريض والطبيب، قدر من التأثر والتأثير المتبادل جوهره العلاقة الاجتماعية المهنية مما يسهل عليه العلاج، وهنا يجب التأكيد على شخصية المريض وقدرته على التوافق، كما يجب تشجيعه على عدم الاستسلام للشعور بالإنعزال والوحدة واليأس.

(ح) الحاجة إلى الرعاية الإنسانية:

تعتبر الحاجة إلى الرعاية الإنسانية من الحاجات الأساسية للمريض وتشمل الرعاية الإنسانية الذوق، الاحترام، المجاملة، الحفاظ على كرامة المريض، ويلاحظ أن بعض المواقف التى قد تبدو بسيطة قد يكون لها الأثر الكبير والسلبى على رسالة المستشفى أو دورها كما أنها تؤثر على موقف المريض تجاه الرعاية الطبية وكذلك تجاه القائمون عليها. ولذلك يحتاج كل مريض لهذه الرعاية تماماً كما يحتاج إلى الرعاية الطبية من الأطباء والممرضات والمساعدين فى عملية العلاج.

ثانياً ـ التغيرات التى تطرأ على المريض عند دخوله المستشفى:

هناك بعض التغيرات التى تحدث للمريض بعد دخوله المستشفى، وهى تغيرات يبدو أنها مبالغ فيها عن حد السواء، ولكن عندما تظهر فى سلوك المريض فإنها تكون مهمة فقط لتأثيرها على نمط اضطراب الحالة، ولذلك فإن من الأهمية تناولها ومحاولة علاجها أو التخفيف منها، وهذه التغيرات:

١ ـ عدوانية — Aggressiveness

٢ ـ انطواء. — Withdrawal

٣ ـ قلق — Anxiety

٤ ـ حزن	Sadness
٥ ـ فقدان شهية	Loss of appetite,«Anorexia»
٦ ـ اضطراب فى النوم (أرق)	Disturbance of Sleep

١ ـ العدوانية:

فى بعض الأحيان يتصرف المريض بعدوانية مع كل من يعامله : الممرضة، الأطباء، المرضى وذلك نتيجة لعدة أسباب قد يكون منها:

١ ـ المرض.

٢ ـ اليأس الشديد من موقف معقد لا يرى له حل.

٣ ـ رد فعل لموقف لا يستطيع الفرار منه.

٤ ـ ليس لديه الدافعية فى المستشفى، وأنه موجود فيها رغماً عنه.

٥ ـ قد يكون غاضباً أو كارهاً للممرضة أو للطبيب لتصرف بدر منهما.

وعلى إدارة المستشفى معرفة السبب وراء ذلك ومحاولة علاجه بمساعدة الممرضة المباشرة للمريض.

٢ ـ الانطواء:

قد تلاحظ الممرضة فى بعض الأحيان أن المريض يكون دائماً هادئ، يظل صامتاً، يجلس بمفرده، يكره التحدث مع أحد، لا يحاول مناقشة مشاكله مع الممرضة، ويقوم بتجاهل احتياجاته الضرورية. وبذلك تعرف أن هذا المريض يميل إلى الانطواء، ولذلك أسباب قد يكون منها:

١ ـ أنه خجول.

٢ ـ لا يشعر بالراحة مع الآخرين.

٣ ـ قد يشعر هو أنه لابد أن يبتعد عن الآخرين لظنه أنه يسبب لهم عدم الراحة.

وعلى الممرضة أن تحاول تخليص المريض من هذه الحالة وذلك بعدة طرق نذكر منها:

ـ البقاء مع المريض دون حتمية الكلام بينهما.
ـ عمل اتصال مع المريض كلما حانت فرصة لذلك لإخراجه من نطاقه المقصور على نفسه والانطواء.
ـ استكمال الممرضة اتصالها مع المريض. وبخاصة عندما يتقبلها المريض.
ـ وقد يكون من الممكن معاملة المريض بطريقة معاملة الأم لابنها وذلك عند إعطاءه الاحتياجات البيولوچية له لأن ذلك قد يشعره بالراحة.

٣ ـ القلق:

يعد القلق من أكثر الأعراض (التغيرات) تكراراً فى المستشفى، وفى معظم الأحيان يكون القلق طبيعى. ويعد القلق جزءاً من بعض الأنماط الأخرى من السلوك مثل:

ـ العدوانية	Aggression
ـ الانطواء	Withdrawal
ـ فقدان الشهية	Anorexia
ـ التفكير الانتحارى	Suicidal Pre-occupations
ـ البحث عن الاهتمام	Attention Seeking
ـ الكبرياء	Immodesty

ومن أسباب القلق:

ـ اعتقاد المريض أنه سوف يموت أو أن حالته خطيرة ـ خاصة إذا كان مرضه مزمن أو خطير.
ـ فى بعض الأحيان يقلق المريض قبل الجراحة أو قبل الفحوصات.

وعلى الممرضة أن تحاول البحث عن سبب ذلك القلق ومواجهة الآثار الناتجة عن القلق، والتى قد تكون الغضب أو الضيق أو عدم الصبر، ومعرفة الممرضة لذلك يساعدها فى التعامل مع المريض.

٤ ـ الحزن:

يعتبر الحزن رد فعل طبيعي ـ أو استجابة طبيعية لبعض المواقف، ونجد أن المريض الحزين:

١ ـ يبدو غير سعيد.
٢ـ لا يتحدث وإن تحدث كان حديثه عبارة عن رد لما يطرح عليه من أسئلة.
٣ ـ يصاب ببعض الأرق. ٤ ـ قد يبكي لفرط حزنه. ٥ ـ قد يصبح قلقاً.

وعلى الممرضة فى حالة حزن المريض:

١ ـ أن تحاول من خلال تعاملها معه معرفة سبب حزنه، ومعاونته فى الخروج من هذه الحالة.
٢ ـ أن تبدو دائماً سعيدة فرحة كى لا تنقل حزنها إلى المريض بل تعطيه الدافع للسعادة والفرح.

٥ ـ فقدان الشهية:

من المهام الأساسية للممرضة التأكد من أن المريض قد تناول وجباته (إفطار، غذاء، عشاء) ولكن فى بعض الأحيان لا يتناول المريض وجباته، وقد يكون ذلك ناتجاً عن:

ـ قد يكون عانداً لتعامله مع الممرضات لظنه أن الممرضة تفضل عليه مريضاً آخر.
ـ قد يكون غاضباً أو قلقاً.
ـ قد يكون المكان الذى يأكل فيه غير مريح نفسياً له.

وعلى الممرضة أن تبحث ذلك، فإذا كان ذلك ناتجاً عن قلق عالجت أسبابه.

وإن كان ناتجاً عن شعوره بأن الممرضة تفضل مرضى آخرين عليه تبدى له المزيد من الاهتمام وتريحه إذا كان مكان تناول الطعام غير مريح.

(٦) الاضطراب فى النوم (الأرق):

يلجأ الأطباء إلى إعطاء المهدئ أو المنوم للمريض كى يساعده على النوم فى حالات الألم أو عدم الراحة كى يحصل على فترة نوم كافية له. ولا يوجد للأرق أسباب محددة فهى كثيرة. وتختلف من مريض لآخر، فقد يجعل أحد الأسباب مريضاً قلقاً لا يستطيع النوم، ويجعل مريضاً آخر كثير النوم.

وعلى ممرضة الفترة الليلية ملاحظة ذلك، ومعرفة السبب فإذا كان سبباً نفسياً حاولت علاجه، وإذا كان صحيا أبلغت الطبيب المعالج.

هذه هى أبرز التغيرات التى تغشى سلوك المرضى عند دخولهم المستشفى ويكون لها قدر من التأثير على حالتهم النفسية وبالتالى علاجهم وشفائهم إن لم يتم علاجها أو التخفيف منها، وهنا يبرز دور الممرضة ـ وعليها أن تسأل نفسها:

١ ـ كيف يمكن أن أساعد المريض؟
٢ ـ هل أفعل ما فى وسعى فى علاج الحالة النفسية للمريض؟
٣ ـ هل أشعر بما يحس به المريض بالفعل؟
٤ ـ هل العلاقة بينى وبين المريض سطحية أم كافية أم متعمقة؟

عند التعرف على الأهداف الرئيسية التى تساعد الممرضة فى علاج المريض نجدها تنقسم إلى أهداف عامة ـ وأهداف خاصة.

أولا ـ الأهداف العامة: وتتمثل فى:

١ ـ مساعدة المريض على تحمل مواقف الضغط الانفعالى غير السارة Emotionally Stressful Situations الناتجة عن مرضه.
٢ ـ مساعدة المريض على التجاوب مع مرضه.

ثانياً ـ الأهداف الخاصة : وتتمثل فى :

١ ـ مساعدة المريض بواسطة المشاركة.

٢ ـ جعل المحادثة بين الممرضة والمريض سهلة تتسم بالمرونة.
٣ ـ زيادة احترام المريض لنفسه. وجعله يعتمد على نفسه.

ولتحقيق هذه الأهداف فإن الممرضة يجب أن تختار الطرق التى تمكنها من المساعدة والمشاركة فى علاج المريض، وربما فى عنبره الخاص. كما يجب أن تشعره بالاطمئنان نحو المستشفى ومن بها من أطباء وممرضات ومساعدين، وأنه يين أهله وأخوته وأسرته.

ينبغى أن تنتبه الممرضة إلى عدد من الأمور فى هذا الصدد:

١ ـ يلاحظ أن المريض المرتبك يتغير بين العوامل المريحة له والعوامل التى تغضبه فيجب على الممرضه ان تقبل هذا الموقف بدون احداث اى رد فعل على المريض
٢- كل شخص يشعر بخيبه الامل عندما لا تشبع احتياجاته، او يكون عاجزا عن الاتصال، وهنا على الممرضه مشاركته ومحادثته.
٣- هناك القليل من النقاط المتوقعه لكى يفهم المريض - وينفذ التعليمات الموجهه اليه، فاللغة المستخدمة يجب ان تكون بسيطة. وليست بصوت امر.
٤- عندما يكون المريض فاقد الوعى - وغير مدرك لحالته فهذا يخلق موقف مخيف له، ولهذا يجب ان تكون الممرضه بجانبه حتى يتحسن.
٥-كبار السن الذين يكونون غير مدركين لما يدور حولهم - فعلى الممرضه ملاحظتهم لكى تمنع حدوث اى حادث لهم - وعليها هى فهم إشاراتهم وتعبيراتهم.

ثالثا : التفرد بين المرضى فى خصائصهم :

يتمايز المرضى فى خصائصهم الشخصية تمايزا كاملا، فلا يوجد مريضين يتشابهان فى تلك الخصائص تشابها كاملا. وتلك الخصائص هى كالآتى :

١- المميزات الاساسية : (العمر، الجنس، الحالة الجسمية، الخصائص المميزة للشخصية).
٢- الحالة العاطفية.
٣- المستوى الاجتماعى الاقتصادى.
٤- الأسس الدينية والثقافية والعرقية.

١ ـ المميزات الأساسية:

يلاحظ أن كل فرد ينتظم تكوينه عدد من الخصائص المميزة مثل: عمره، جنسه، مظهره الخارجى، ذكائه وقدراته العقلية، سماته الشخصية، اتجاهاته، ميوله، دوافعه، فكرته عن نفسه، مستواه الاجتماعى والاقتصادى والثقافى... إلخ. وكل هذه الخصائص تشكل شخصية الفرد ـ وتحدد السلوك الصادر عنها إزاء مواقف الحياة المختلفة أيا كانت.

أ ـ **العمر**: لاشك أن العمر يعكس الخبرة المكتسبة، والخبرة أو عدمها من الممكن أن تؤثر بالإيجاب أو بالسلب على المريض ـ وعلى مدى استجابته للعلاج. ومثال ذلك فالطفل الصغير لديه تخوف من المستشفى، وهذا التخوف يملك تفكيره ويسيطر عليه بعكس الطفل الأصغر سناً والذى يخاف من شيء مجهول، وعلى الجانب الآخر فإن كثيرين من الأشخاص كبار السن يقاومون فكرة العلاج وذلك بسبب اعتقادهم أن المستشفيات هى أماكن للموت فقط. كما يلاحظ أن الأشخاص الكبار فى السن لديهم استجابات مختلفة للخدمات الطبية تختلف عن المرضى صغار السن، ومعنى ذلك أن المريض المتقدم فى السن ينظر إلى العناية الطبية على أنها عملية تطبيقية أكثر منها شخصية كما عند المرضى صغار السن.

وتأثير الخبرة على استجابات المريض ليست محدودة بخبراته فى المرض أو فى العناية الطبية، فاستجابات المريض يمكن أن تعكس خبرات أخرى فى حياته شكلت شخصيته، فالمرأة فى حياتها خبرات جعلتها

أكثر استقلالاً، لها رأيها الخاص بها، هذه المرأة من الممكن أن تأبى العناية الطبية أكثر من المرضى الآخرين، وعلى الجانب الآخر فالفتاة المراهقة التى اعتنى بها والديها واحتفظوا بها فى المنزل منذ ميلادها من السهل أن تكيف نفسها مع بيئة المستشفى.

(ب) **الجنس**: للجنس تأثير أقل على الاستجابة للعناية الطبية أكثر من العوامل الأخرى ومثال ذلك : الرجل المعتز بذاته لدرجة كبيرة والذى يعتقد أن الخضوع لأوامر المستشفى، وارتداء ردائها أو قميص المرض إهانة لذاته فإنه ينظر إلى العناية الطبية بطريقة تختلف عن حالة ربة البيت المجهدة والتى تجد راحة فى الذهاب إلى المستشفى لتضع طفلها، وكل هذه أمور تؤثر فى استجابة المريض للعناية الطبية التى تقدم إليه.

(ج) **الحالة الجسمية**: من الواضح أن الحالة الجسمية للمريض يمكن أن تؤثر على استجابته لبيئة المستشفى ـ وللعلاج والطبيب المعالج أيضاً، فالمريض الذى يعالج من أمراض حميدة (خفيفة) يتجاوب بطريقة تختلف عن شخص يعيش الحياة بطريقة معقدة، وهنا يلاحظ أن المريض الأقل تعقيداً فى حياته من الممكن أن يصاب بالإحباط أو يصاب بالملل ولكنه يتعاون بشدة مع الطبيب المعالج لأنه يشعر أن حالته أفضل من المريض الآخر والذى يجلس معه فى نفس الحجرة.

ولقد أوضحت الدراسات أنه كلما كان المريض أكثر فهماً وإدراكاً لحالته المرضية كلما كان أكثر تعاوناً مع الخدمات الطبية والعلاجية المقدمة له.

أيضاً يمكن أن يؤثر كل من عاملى : التغذية، والإقامة الكاملة فى المستشفى على المريض وحالته النفسية.

(د) **الخصائص المميزة للشخصية**: ينتظم شخصية المرضى مكونات عقلية ومزاجية يمكن أن تؤثر ليس فقط على تقبل المريض العنيد والمتشبث برأيه

لبيئة المستشفى والعلاج وإنما من الممكن أن تحول دون شفائه، مثال ذلك نجد أن الشخص العنيد المتمسك برأيه يتحدى الطبيب لأنه يريد أن يسيطر على الموقف ويتحكم فيما يحدث له، وهنا نجد أن استجابته تكون رفض العلاج أو عدم تناوله لأنه يريد أن يفعل بعض الأشياء بطريقته الخاصة، والتى ستؤدى به فى النهاية إلى الموت، والأصعب من المريض العنيد هو المريض السلبى التهجمى، وهذا المريض يتصنع أنه يتعاون مع الطبيب لأنه لا يريد أن يكون عدوانياً بشكل ظاهر كما يتجنب فى داخله عمل ما هو مطلوب منه ليحتفظ بقوانين التغذية الطبية الموضوعة له وفى غالب الوقت لا يدرك الطبيب المعالج المشاكل الحقيقية التى يعانى منها المريض بسبب عدم تعبيره عنها بالكلام أو التمثيل.

ويعد القلق العصبى من سمات الشخصية والذى يؤثر على كل من استجابة المريض للعلاج وقدرة الطبيب المعالج على التقدم بالعلاج.

٢ ـ الحالة العاطفية :

يأتى المريض إلى المستشفى ومعه خبراته الانفعالية والعاطفية ولذلك فإن الخبرة التى يكتسبها أثناء وجوده فى المستشفى ستصبغ بأسلوب حياته وعلاقاته الشخصية وغرامياته العاطفية، كما ستصبغ أيضاً بكمية الوقت الذى سيستغرقه فى التفكير فى هذه الجوانب أثناء فترة علاجه ـ وهذا كله يمكن أن يؤثر على استجابة المريض لبيئة المستشفى وظروفها ـ واستجابته لمن حوله من الأشخاص الذين يعتنون به.

(٣) المستوى الاجتماعى الاقتصادى:

وهو عامل يؤثر بطريقة مباشرة أو غير مباشرة على المريض فهو لا يؤثر فقط على فهم المريض وتوقعاته بالنسبة للعناية العلاجية فى المستشفى، بل إنه يؤثر على موقفه إزاء الطبيب الذى يقوم بعلاجه.

وقد وجد أن الأشخاص الذين ينتمون إلى مستوى اجتماعى اقتصادى

عالى أو متوسط يكونون أقل استعداداً لتلقى العلاج فكثير منهم متعلمون تعليماً عالياً ولديهم كثير من المعرفة وإن كان هذا التعليم وتلك المعرفة متعارضين والبرامج العلاجية السليمة والمناسبة، فكثير ما يطلب هؤلاء الأشخاص أو يتوقعون خدمات طبية أكثر من التى تقدم لهم بينما من ناحية أخرى نجد أن العامل البسيط. والأشخاص الذين ينتمون إلى مستوى اجتماعى اقتصادى أدنى يكونون أكثر استعداداً لتلقى العناية الطبية وفاعليتها.

وقد أوضحت بعض الدراسات أن الأشخاص من المستويات الاجتماعية الاقتصادية الأدنى عادة ما يكونون سريعى التأثر بالقصص التى تثار حول المستشفيات السيئة والعلاج السىء وكذلك القصص التى تدور حول المعجزات وفاعليتها.

كذلك أثبتت الأبحاث التى أجريت عامى ١٩٦٠، ١٩٧٠ أن الأفراد الذين ينتمون إلى مستوى اجتماعى اقتصادى أقل من المستوى الاجتماعى الاقتصادى لمجموعة أخرى ـ لا يعيروا أى اهتمام إلى استخدام المصادر الطبية بالرغم من إحساسهم بالألم والقلق.

وقد انتهت دراسة أجريت عام ١٩٧٠ إلى أن معدل المصابين بأمراض الوهم (توهم المرض) أصبح أكثر انتشاراً بين الأفراد الذين ينتمون إلى المستويات الاجتماعية الاقتصادية السفلى عنه فى المستويات الأخرى، وهؤلاء الأفراد المنتمون إلى المستويات الدنيا أصبح المرض متفشياً فيهم بسبب عجزهم عن الحصول على الخدمة الطبية المناسبة، وتبعاً لذلك اكتشف أن هؤلاء الأفراد بطبيعة الحال لديهم الرغبة فى استشارة أشخاص ليس لهم أى علاقة بالطب وطلب النصيحة الطبية منهم أكثر من الأفراد فى المستويات الأخرى. وعلى ذلك فإننا نجد أن الرعاية التى يجب أن يلقاها المريض وثيقة الصلة بمستواه الاجتماعى الاقتصادى، وقد لوحظ على سبيل المثال أن

الشخص الذى يعانى من الحرمان لا ينتظر الكثير من الرعاية فى المستشفى ولا يأخذ على عاتقه جدية رعاية نفسه والإشراف على علاجها.

وبالتعرف على تكلفة الرعاية وجد أن الأشخاص الذين ينتمون إلى جماعات اجتماعية اقتصادية متوسطة يكون اهتمامهم بالتكلفة أكثر من غيرهم من الجماعات الأدنى، ونجد أن أفراد هذه المجموعات حينما يريدون أن يكونوا بعيدين عن مشاكل أسرهم فإنهم يذهبون إلى المستشفيات للاستجمام. أما بالنسبة للأفراد ذات المستوى الاجتماعى الاقتصادى المرتفع فنجد أنهم لا يعيرون أى اهتمام لتكلفة الرعاية التى يجدونها. ولذلك نجد أن الأغنياء من المرضى تقدم لهم الرعاية الطبية الكاملة مقابل التأمين الذى يسددونه، بينما المرضى المتوسطين فى مستواهم فإنهم يحظون بالرعاية الصحية وذلك بواسطة المؤسسات العلاجية العامة.

٤ ـ الأسس الدينية ـ والثقافية والعرقية:

لهذه الأسس تأثيرات واضحة على المرضى، وبخاصة القادرين منهم ـ بحيث يمكن أن يكون لها تأثير على كل شيء بدءاً من متطلبات التغذية ووصولا إلى تقبل المرض والسعى وراء الشفاء.

(أ) المعتقدات الدينية:

يلاحظ أن الدراسات التى تناولت العلاقة بين الدين والرعاية الطبية أو العلاجية قد ركزت على الدين المسيحي على وجه الخصوص، ويلاحظ أن تلك المعتقدات ينعكس أثرها فى رفض أو قبول العلاج فهو حق منطقى لأى فرد ونجد أن السلطات القضائية فى بعض الدول قد أيدت بعض المستشفيات التى كانت تتعرض لبعض المواقف الحرجة فى بعض الأحيان فى رفض الرعاية الطبية.

ومن الممكن أن تصبح للأسس الثقافية والعرقية الأثر الكبير على قبول واستجابة الإنسان للرعاية الطبية أو العلاجية، وهنا تجدر الإشارة إلى أن [illegible]وم

المرض وتفسير أسبابه والجوانب المختلفة تجاه تلك الرعاية تتنوع تبعاً للجماعات العرقية والثقافية وأيضاً الشعبية.

(ب) بعض الاستجابات والأحاسيس المشتركة:

بالرغم من اختلاف المرضى كأشخاص فهم يشتركون فى الاستجابات والأحاسيس ـ كالإحساس بالانفصال والعزلة فى المستشفى وعدم الاستقلال أو التبعية، والقلق المصاحب لحالتهم الصحية، والعجز الواضح نتيجة المرض، كل ذلك يكون له تأثيره على أسلوب حياة المريض المستقبلية.

(ج) الانفصال والعزلة:

يشكل الشعور بالانفصال والعزلة أهم المشاكل حتى بالنسبة إلى الشخص السليم والمقيم فى منزله فهما من أصعب الأحاسيس التى يشعر بها المريض إن كان مدركاً لحالته أم غير مدرك. ويلازم الشعور بالانفصال المريض نتيجة بعده عن أسرته وأصدقائه لفترة يكون فى أشد الاحتياج فيها إلى الحب والمساعدة، وقد اكتشف أن المريض يشعر بالراحة إذا رأى الوجوه المعتادة لديه. وكذلك الأشياء المألوفة عنده وقد حاولت بعض المستشفيات الأمريكية خفض وطأة الإحساس بالوحدة والانفصال، ومثل هذه المحاولات تلك التى أجريت على الخدمات المصاحبة لعمليةالولادة.

(د) الإحساس بالأمان فى المنزل:

يشعر الإنسان أو المريض بقيمة الإحساس بالأمان داخل الأسرة ـ ويشعر أكثر بقيمته لو فقده حتى لو كان مؤقتاً. والمريض عندما يأتى إلى المستشفى حتى ولو كانت مليئة بكل أساليب الراحة فإن المريض يحس أنها غريبة عليه ويحتاج إلى فترة يتكيف معها كبيئة وكأشخاص.

(هـ) الروتين المعتاد (المألوف):

يشعر الإنسان بالأمان عند القيام بالنشاط الروتينى اليومى والذى

يتضمن القيام ببعض الأشياء البسيطة مثل قراءة الصحف فى الصباح كما يتضمن أشياء مهمة مثل العمل من أجل كسب الرزق. السيدة التى لديها نظام معين فى حياتها كالاستيقاظ المبكر وتناول الإفطار وتوصيل الأطفال للمدرسة ثم الذهاب إلى عملها، غالباً ما تشعر بعد قضاء فترة معينة من العلاج فى المستشفى بالملل وعدم الراحة والقلق ـ خاصة إذا كانت حالتها ميئوس منها، وحياتها مهددة، ومهما كانت حالة المريض فإن حالته مع الشعور بالانفصال عن العائلة والأصدقاء ـ والبيئة المألوفة لديه ـ والإحساس بالراحة والأمان فى بيئة يمارس فيها نشاطه الروتينى اليومى، فإن ذلك يؤدى إلى تأثير سلبى على مفهوم المريض لبيئة المستشفى التى يتلقى فيها العلاج، مما قد ينعكس أثره على علاجه فيؤخره أو يعوقه.

(و) القلق على الصحة:

إن الشعور بالاستياء والخوف يجعل من عمل الطبيب المعالج مهمة صعبة جداً، فإن أهم ما يقلق المريض ويشغل باله هو القلق على سلامته وتلبية احتياجاته، ويكاد يشترك جميع المرضى فى الشعور بالقلق على حالتهم الصحية وأسباب العلاج، ومدى الاضطرار إلى تغيير أسلوب حياتهم فى المستقبل البعيد، ونلاحظ أن الأشياء التى تقلق راحة المريض لا توثر فقط على استجابته للرعاية العلاجية وإنما تؤثر أيضاً على سرعة تماثله للشفاء، وفهم هذه الأشياء ـ ومحاولة تقديم الرعاية العاطفية للمريض يمكن أن تكمل الصورة، بحيث يستطيع التفاعل مع المرضى الآخرين وهذا من أهم الأشياء بالنسبة للمريض وتقدمه للشفاء.

ويهتم المريض بجودة المعلومات التى يتقبلها، والطريقة التى تقدم بها هذه المعلومات، وغالباً ما يهتم القائمون على علاج المرضى بكيفية علاج المرضى أكثر من اهتمامهم بالاتصال الذى يحدث عن طريق العلاج. ونقص المعلومات يعد هو بالإضافة إلى عملية الاتصال بين المريض والطبيب يمكن أن يكون لهما كبير الأثر على الحالة النفسية للمريض مما قد يؤثر في [illegible]جه

ويؤخر شفائه، كذلك من الأمور التى تشغل تفكير المرضى أثناء فترة العلاج تلك التى تشمل البعد عن الوظيفة لمدة المرض ـ والتى قد تطول ـ والالتزامات المادية والتأمين والمسئوليات المنزلية.

رابعاً ـ حقوق المريض ومسئولياته

مهما كانت الاختلافات والتشابهات بين المرضى ـ فإن لهم بعض الحقوق وعليهم مسئوليات :

أولا ـ الحقوق:

الحقوق هى شيء مكتسب للمريض،تتمثل فى الرعاية الطبية، العلاج، الاحترام والتقدير، الحق فى رفض أو قبول العلاج، وحق خصوصية المريض فى شئونه، وحق المريض فى إجابة كل طلباته وتحقيق كل رغباته بطريقة جيدة، وهنا يلاحظ أن الممرضات وبعض القائمين على العلاج ليس لهم السلطة فى توفير هذه الحقوق فإن عليهم أن يقدروا هذه الحقوق جيداً وخاصة تلك التى ترتبط بإمداد المرضى بالرعاية الطبية، مع عدم تجاهل باقى الحقوق ولكن فى حدود قوانين المستشفى.

ثانياً ـ المسئوليات:

مع حقوق المريض فعليه أيضاً مسئوليات. ويلاحظ أن المسئولية الكبرى للمريض هى فى أن يتماثل للشفاء وبسهولة، فالمريض يقبوله العلاج فهو يشارك فى إتمام خطة العلاج التى وضعت من أجله، وهذا التعاون يتمثل فى تناول الدواء الموصوف له ونظام التغذية والمتطلبات الأخرى، وتقبل المسئوليات الناتجة عن القرارات التى يتخذها وتجنب تلك الأفعال المهددة للنفس، وقد حددت بعض المستشفيات مسئوليات المريض وأشارت إلى أنها تتركز فيما يلى:

١ ـ إمداد المريض بالمعلومات عن الحالة العامة له والطريقة المستخدمة لشفائه.

٢ ـ قبول مسئوليته عن رفض العلاج.
٣ ـ اتباع قوانين وأنظمة المستشفى.
٤ ـ أن يكون مقدر ومحترم لحقوق المرضى الآخرين ـ والقائمين على رعايته.

دور المرض فى شخصية المريض وسلوكه:

أوضح بعض علماء الاجتماع فى الأعوام الأخيرة ما يعنى بدور المرض. والذى يمكن أن يشكل بعض السلوك المنحرف. وبالرغم من الجدل الذى أثير حول هذا المفهوم ومساهمته فى فهمنا لسلوك المرضى فإنه من المفيد أن يناقش هذا المفهوم باختصار. فقد أوضح Parson أنه لكى يطلق على الشخص أنه مريض فإننا ننظر إليه من خلال :

١ ـ يستثنى من بعض الأنشطة الاجتماعية ـ ومطلوب أن ينسحب من بعض الأنشطة.
٢ ـ يكون غير قادر على الشعور بقوة الإرادة ولذلك لا يمكن الاعتماد عليه.
٣ ـ يتوقع منه أن يعتبر مرضه شيء غير مرغوب فيه.
٤ ـ يلتزم أن يبحث عن مساعده، ويشترك مع القائمين على علاجه ـ كما يتماثل للشفاء.

وقد أوضح العلماء أن حقوق المريض غالباً ما تكون معدودة لأنهم معتمدين على قبول وأداء التزاماتهم، فالفرد لا يستمر على حال واحد وهو حرمانه من ممارسة الأنشطة الطبيعية ككل كائن حى، كما لن يستمر ينظر إليه على أنه شخص يستحق المساعدة إذا لم يكن لديه الرغبة فى أن يتماثل للشفاء ويبحث عن العلاج الملائم له.

وقد ساعد مفهوم «دور المرض» على فهم السلوك أثناء المرض، فقد أوضح كل من Twaddle, Hessler أن فهم السلوك أثناء المرض يقودنا إلى

ما وراء هذا المفهوم، وهذا يتطلب فهم عملية اتخاذ القرارات واغتنام الفرص... وهذا كله يؤثر فى عملية التفاعل الاجتماعى للمريض.

رأينا فيما سبق أن كل مريض يتمايز وينفرد فى خصائصه الأساسية الشخصية والاجتماعية والثقافية والخلقية... إلخ. وبالرغم من هذا التمايز والتفرد الذى يتميز بها كل مريض عن الآخر فإنهم يشتركون فى عدد من المشاعر والاستجابة للعلاج والرعاية الطبية.

ومهما كانت الاختلافات والتشابهات بين المرضى فإن لهم احتياجات وحقوق، وهى أمور ترتبط بالرعاية الطبية التى توجه إلى المرضى. وإذا كان للمريض حقوق فإن عليه مسئوليات فى المستشفى تجاه ذاته وتجاه الآخرين وتجاه المستشفى التى يقيم فيها.

الفصـــل الرابع

الاضطراب العقلي ـ أسبابه وتصنيفاته وأنماطه وكيفية علاجه

ـ تمهيد.

ـ أسباب الإصابة بالأمراض العقلية.

ـ تصنيف الأمراض النفسية.

ـ النمط التمريضى للعناية بالمريض العقلى.

ـ الوجوه المختلفة للخدمة النفسية المقارنة.

ـ المبادئ المنظمة لفريق العمل بمستشفيات الأمراض العقلية.

الفصـــل الرابع
الاضطراب العقلى
أسبابه وتصنيفاته وأنماطه وكيفية علاجه

تمهيد:

يعد الاضطراب العقلى Mental Disorder مصطلح عام، ويعرف فى مجال الصحة النفسية Mental Health طبقاً لتعديل ١٩٨٢ ليشمل:

أ ـ الأمراض العقلية. a. Mental illness.

ب ـ الاضطراب السيكوباتى b. Psychopathic disorder.

جـ ـ الإعاقة العقلية. c. Mental handicap.

د ـ الإعاقة العقلية الشديدة d. Severe mental handicap.

وهذا الفصل كتب بصفة خاصة لطالبات التمريض وغيرهم وذلك بهدف الإسهام فى تدريبهن بصفة خاصة على رعاية المرضى العقليين Mentally Ill، فهو يهدف إلى إعطائهن الاستبصار بمشاكل الخبرة بأولئك الأفراد المرضى عقلياً، بالإضافة إلى تبيان دورها فى تعزيز شفاء الحالة، كما يهدف إلى تسهيل توافق المتعلمة (طالبة التمريض) وتسهيل انتقالها من بيئة المستشفيات العامة إلى بيئة مختلفة تماماً هى مستشفى الأمراض العقلية Psychiatric Hospital

ويتعلق التدريب العام للممرضة النفسية Psychiatric Nurse[١]، وطالبة التمريض على تعزيز الصحة النفسية ومنع اضطرابها، فى ذات الوقت الذى تقدم فيه الرعاية للشخص الذى يعانى من اضطراب عقلى فى أى شكل من أشكاله، والحقيقة أن هدف تقديم الخبرة فى رعاية المرضى العقليين ورفاهيتهم من خلال برامج التدريب العام هو جعل الممرضة قادرة على استخدام مهاراتها فى العلاقات الشخصية، ملاحظاتها، مهارات

---

(١) تم ترجمة كلمتى Psychiotric Nurse إلى ممرضة نفسية.

الاتصال لديها، قدرتها على التعاطف، خبراتها المكتسبة من خلال التدريب العلمى ـ والنظرى، والتأكيد هنا يكون خاصة على تنمية مهارات الاتصال غير اللفظية لديها Nonverbal skills وخلال هذه الخبرة فإن طالبة التمريض سوف تقضى معظم وقتها مشاركة فى أنشطة المعيشة اليومية لكل من مرضاها وعملائها، وهذا يعنى أنها سوف تفعل القليل لهم وتشاركهم أكبر مما تفعله الممرضة العامة، وهنا نجد أن النتيجة هى أن دورها سيكون أكثر انفعالية أو تعاطفاً مع أولئك المرضى مع عبئ قليل فى العمل العضلى، ويمكن أن تشعر أنها أصبحت سريعة التأثر، حساسة Vulnerable دون اعتبار للزى الخاص بها. هذا إذا كانت هذه هى سياسة الوحدة العلاجية التى تعمل بها.

سوف تلعب الممرضة، وتعمل مع مرضاها، وتكون حساسة للتغير فى مستويات التوتر النفسى Tension Levels، وكذلك التغير فى أى مؤشر لحاجات التغير، والسلوك خلال هذا التدريب فسوف تكون الممرضة قادرة على اكتساب الاستبصار بمشاكل الخبرة بالمرضى العقليين، وبدورها كممرضة نفسية، وكذا دورها ضمن بقية أفراد الفريق العلاجى الذى يعملون معاً فى تعزيز العلاج من تعزيز الصحة النفسية للمرضى والعملاء.

ويلاحظ أنه من الصعب التفرقة بين الأمراض العضوية والعقلية Physical & Mental Ill. وذلك بسبب العلاقة الدقيقة بين البدن والعقل، فلاشك أن اضطراب أحدهما يؤثر فى الأخر، وتقترح Clare أن مفهوم الأمراض العقلية Mental Illness يسمح بعدد مذهل من التفسيرات، ففى الأمراض العقلية يكون هناك اضطراب فى شخصية الفرد ينعكس بالضرورة على سلوكه. فالسلوك دالة للشخصية أو نتاج لها، فالسلوك المضطرب عادة ما يمنع الشخص أو يعوقه عن تحقيق وظائفه السوية، ويجعله عاجزاً (غير قادر) على عقد علاقات اجتماعية راضية ومرضية بينه وبين من يعيش معهم ويلاحظ أن الشخص المضطرب عقلياً قد يظهر أنه يسلك بشكل سوى

تماماً، وذلك فى ضوءتصور أقاربه أو أحد أصدقائه؛ ولكن عندما تتعرف الممرضة على ذلك وتدرك أن هذا النمط من السلوك هو سلوك مضطرب ينحرف عن السواء يمكن لها أن تتعامل معه بشكل جيد، وقد تجد طالبة التمريض أن سلوك المريض يكون أقل فى إمكانية التنبؤ به خاصة عندما يكون المريض عقلياً.

ولقد تغيرت أساليب علاج ورعاية المرضى العقليين عبر السنوات الماضية تغيراً كبيراً وهذا يعكس فى جانب منه الأساليب المتغيرة المستخدمة فى علاج المرضى العقليين.

ويمكن للرعاية الأمينة التى تقدم فى مستشفيات الأمراض العقلية الكبيرة أن تستبدل بالرعاية فى منزل الشخص ذاته أو فى وحدات سيكايترية (نفسية) فى المستشفيات العامة، فى فنادق، وفى وحدات يومية day units، تماماً كما فى مستشفيات الأمراض العقلية. وتعطى الرعاية الأمينة الطريق للعلاجات الديناميةDynamic therapies والعلاج بواسطة فريق الرعاية الصحية Health care team والتى يكون فيها المريض مشاركاً نشطاً، وتكون فيها الممرضة النفسية أهم عضو فيه.

وعندما يستجيب المريض للعلاج بالعقاقير كعقار Tranquilliser فإن ذلك معناه أن المريض يمكن أن يشفى أو أن أعراضه أمكن السيطرة عليها تماماً، ومن ثم يستطيع أن يرجع مرة أخرى إلى المجتمع.

أسباب الإصابة بالأمراض العقلية:

تتعدد العوامل التى تؤدى إلى الإصابة بالأمراض العقلية بحيث نجد أن بعضها يكون عوامل عضوية، والأخرى عوامل خارجية عن الفرد، وفى كثير من الأحيان فإن علة الإصابة المرض العقلى تكون متعددة العوامل Multi-factoral تؤثر فى أى فرد. ومن هذه العوامل: الوراثة، الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيوكيميائية، الضغوط الاجتماعية، العلاقات العائلية، العمر،

الجنس، السلالة، الطبقة الاجتماعية.. إلخ، ومزيد من الشرح لكل من هذه العوامل فيما يلى:

(أ) الوراثة Heredity

هناك بعض الأدلة على أن بعض أنماط الأمراض العقلية يمكن أن تكون وراثية. وعلى سبيل المثال، بعض أشكال الفصام Schizophrenia. فقد أفادت دراسات التوائم أن نسبة الإصابة بهذا المرض فى التوائم الصنوية Identical Twins تصل إلى ٤٠٪، وفى غير التوائم الصنوية (الأخوية) Non-identical Twins تصل نسبة الإصابة به إلى ١٠٪ فقط، وتكون نسبة الإصابة أعلى إذا كان المريضان من نفس الجنس.

(ب) الاضطرابات العضوية Organic Disorders :

ومنها اضطراب وظائف خلايا المخ Brain Cell Function، وينشأ هذا الاضطراب نتيجة الإفراط فى الكحوليات، وغيرها من السموم، تعاطى المخدرات، أورام المخ، إصابات الرأس، العدوى، نقص الأوكسجين، عدم التوازن فى سوائل الجسم والأيونات Electrolytes وفى بعض الأحيان يكون السبب فى اضطراب وظائف خلايا المخ غير معروف.

كذلك تصبح الشرايين الدماغية صعبة وضعيفة بحيث ينشأ عن ذلك ترسيب الدهون على جدرانها، مما يعرقل تدفق الدم خلالها، ومن هنا تضطرب وظائف خلايا الدماغ، وعلى هذا فإذا لم تعرف العلة Cause وتعالج بشكل سريع فإن الإنسان يمكن أن يتوفى ويكون السبب ملامح فى زملة اضطرابات عضوية بالمخ أو خبل Organic Brain Syndrome or Dementia.

(ج) الاضطرابات البيوكيميائية Biochemical Disturbance:

من المقبول عامة أن بعض الأمراض العقلية يمكن أن ترجع فى جزء

منها إلى اضطرابات فى كيمياء البدن Body Chemistry، فالاكتئاب De-pression على سبيل المثال يمكن أن يعقب الولادة Childbirth، أو قد يكون مصاحباً لسن اليأس أو (انقطاع الطمث Menopause)، وذلك عندما تضطرب مستويات الهرمونات فى جسم المرأة.

ومن الصعب أحياناً أن نقيم ما إذا كان الاكتئاب راجعاً إلى تغيرات فى مستويات الهرمونات فى الدم، أو كان الشخص قد اكتئب بسبب وصوله إلى سن اليأس أو الولادة، ومن المؤلم أن الحالات التى تعانى من أمراض اكتئاب شديدة ودائمة يمكن أن تعزى إلى أمراض عضوية وعلى سبيل المثال: الأنفلونزا، الحمى، الإصابة البسيطة بالرأس، مع عدم وجود دلالة لاضطراب عضوى فى قشرة الدماغ.

ويتضح أن بعض الأفراد الذين يعانون من أعراض اكتئابية لديهم بعض القصور فى مادة خاصة بالدماغ وهى مادة Serotnin، ويمكن أن يعد الاضطراب فى الصوديوم والماء أحد العوامل التى تسبب الأمراض العقلية حيث تكون الحالة المزاجية Mood خاصة متأثرة بهذا الاضطراب كما فى حالات الهوس Mania والاكتئاب Depression. وتعطى عقاقير Drugs لعلاج الاضطرابات البيوكيميائية للجسم كجزء من العلاج الكلى للفرد.

(د) **الضغوط الاجتماعية** Social Pressures:

من الناس من يتعامل مع مواقف الانعصاب Stresses التى تغشى حياتهم اليومية ويتكيفون وإياها، وآخرون يحتاجون إلى مساعدة، بينما نجد أن فريقاً ثالثاً يمكن أن يسقطوا فريسة تلك المواقف ذلك أنها قد تفوق طاقتهم وتحملهم، ويؤدى هذا بهم إلى إصابتهم بالمرض العقلى.

ويشير كثير من الباحثين إلى أن المعوقات التى تقابل الفرد يمكن أن تشكل مطالب توافقية أو انعصاب ـ تحتاج من الفرد إلى جهود زائدة وتغير فى نشاطه إذا ما أراد أن يتغلب على هذه المعوقات ويواجه حاجاته ومطالبه.

وعندما يكون الانعصاب زائداً فإنه يستنفد قوانا، ويؤدى إلى تدمير الوظائف المتكاملة لشخصياتنا.

والانعصاب هو قوة مادية واقعة على الكائن تكفى لأن تسبب له توتراً أو انعكاساً فى شخصيته وعندما تكون هذه القوة المؤثرة كبيرة فإن تأثيرها على شخصية الفرد يكون بنفس القدر، وقد يعرف البعض الانعصاب بأنه ضغط انفعالى غير سار يخبره الفرد فى استجاباته للاحباطات التى يتعرض لها فى بيئته، وقد يعمم بعض العلماء هذا المصطلح ليشمل كل الظروف التى تواجه الكائن (أو تعترض إشباع دوافعه وإرضاء حاجاته) وتتطلب استجابات توافقية مساوية لها.

والانعصاب درجات: البسيط منه عادة ما يسمى شداً بسيطاً وهو اصطلاح مرادف للتوتر النفسى، ويعنى شعور عام باختلال الاتزان والاستعداد لتغيير السلوك لمواجهة عامل يهددنا فى موقفنا، ولدى الفرد مصادره الضخمة لكى يستجيب لهذه التوترات وإن كان لا يشعر بتلك المصادر.

أما الانعصاب العنيف الذى ينشأ عن مطالب توافقية صعبة جداً فإنها تكون سبباً لشد عنيف قد تنهار على أثرها مقومات التوافق لدى الفرد وتودى إلى انهيار وظائفه المتكاملة، ومن ثم يصبح معرضاً للإصابة بالمرض العقلى أو النفسى.

والانعصاب يمكن أن يحدث على المستوى البيولوچى أو السوسيولوچى ويظهر فى سلوك الفرد ودفاعاته، فاضطراب غدة ما كالغدة الدرقية يمكن أن ينشأ عنه شد أو توتر على المستوى البيولوجى، وجسم الإنسان وهو مزود بخلايا ودفاعات مانعة للجسم ضد الأمراض تكفل له إعادة توافقه مرة أخرى، وقد يوجد هذا الشد على المستوى السيكولوچى كتعرض الإنسان لمشاعر الذنب، وهناك الآليات السيكولوچية اللازمة والمتضمنة للأنا، تكفل خفض التوترات وحماية الذات من الانهيار، وقد يحدث الانعصاب على

المستوى الاجتماعى كما فى حالات الكساد الاقتصادى أو الحروب - وهى أمثلة لمواقف تتطلب توافق كل من الفرد والمجتمع كوحدة واحدة.

ويجب الأخذ فى الاعتبار أن الفشل فى أى من مستويات التوافق السابقة يضعف توافقنا فى المستويات الأخرى.

(هـ) **العلاقات العائلية** Family Relationships:

تنمو العلاقات العائلية وتتحدد فى مستويات التكوين الأولى، وهذه العلاقات تساعد الطفل على تكوين أنماط استجاباته تجاه الآخرين فى مستويات حياته التالية، فالطفل الذى ينعم بالحب والدفء فى علاقاته العائلية فى سنوات حياته الأولى من المحتمل أن ينمو أمناً فى علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، وفى أحيان أخرى فإن أعضاء آخرين من العائلة قد يلومون طفلهم عل ما يثيره من مشاكل تظهر فى محيط الجماعة ويوبخونه، وهنا قد يكون الطفل بمثابة كبش الفداء (Scapegoat) لمشاكل أسرته، وهنا فإذا لم يستطع الطفل أن يتعامل مع هذا الموقف فإنه من الممكن أن ينسحب إلى عالم وهمى متخيل ومن ثم يمكن أن يظهر سلوكه المضطرب هذا بشكل أو بآخر.

كما يلاحظ أن الطفل الذى يختلط عليه الأمر فى علاقته بأمه. ذلك أنها تقول له دائماً أنها تحبه ولكن أبداً لا تبين أو تكشف عن شعورها هذا بحب الطفل بالتدليل أو الملامسة أو التقبيل... إلخ. هذه وغيرها علاقات تغشى علاقة الطفل بوالديه وتؤدى إلى اضطرابه.

(و) عوامل أخرى :

العمــر Age:

يلاحظ أن بعض الأمراض يكون أكثر شيوعاً فى سن معينة ومثال على ذلك : زملة أعراض اضطرابات المخ العضوية لدى كبار السن Organic Brain Syndrome. وهناك فترات فى نمط حياة الإنسان يكون فيها معرضاً

للإصابة بالأمراض العضوية مثال ذلك عند التقاعد Retirement عن العمل ـ فى هذه الحالة يمكن أن يحدث الاكتئاب الاستجابى Reactive Depres-sion.

الجنـــس Sex:

بالنظر إلى مـعـدلات الإناث المصـابات بالاضطرابات الوجـدانيـة Affective Disorders فى المستشفيات نجد أن مرض الاكتئاب عادة ما يكون بنسبة ثلاثة للإناث إلى اثنين للذكور.

السلالة Race:

يبدو أن بعض السلالات تكون أكثر استهدافًا لأمراض عقلية خاصة مثال ذلك ـ يقال أن اضطراب الهوس الاكتئابى Manic Depressive أكثر انتشاراً بين أفراد من سلالة اليهود Jewish.

الطبقة الاجتماعية Social Class:

يظهر أن بعض أشكال الأمراض العقلية أكثر انتشارا فى طبقات اجتماعية خاصة، مثال ذلك مرض الفصام Schizophrenia يكون أكثر انتشاراً لدى الأفراد الذين يعملون فى أعمال تتشابه مهاراتهم أو مهارات غيرهم، وتفسير ذلك أن طبيعة هذا المرض قد يدفع به إلى الانهيار فى طبقة اجتماعية.

تصنيف الأمراض النفسية

هناك طرق متعددة لتصنيف الأمراض النفسية، ومن المهم أن نتذكر أن التصنيفات من السهل أن تتداخل فيما بينها؛ ثم إنه لا يوجد شيء مجرد فى تلك التصنيفات، ولا يوجد أنماط فاصلة من السلوك تحدد الأعراض النوعية لكل من هذه الأمراض، وذلك بسبب أن الفرد يمكن أن يستجيب بطريقته الخاصة تجاه مواقف البيئة المختلفة ومؤثراتها.

ويلاحظ أن كثيراً من مؤلفات الطب النفسى تقسم الأمراض النفسية إما إلى عصاب (Neuroses) أو ذهان (Psychoses)، ويشير مصطلح العصاب إلى العصاب النفسى (Psychoneurosis).

ويعرف المرض النفسى (Neuroses) بأنه اضطراب وظيفى فى الشخصية يبدو فى صورة أعراض جسمية ونفسية شتى منها: القلق والوساوس، والأفكار المتسلطة والمخاوف الشاذة واضطرابات جسمية وحركية وحسية متعددة، وهذا تعريف للمرض من حيث أعراضه، فإذا أردنا أن نعرفه من حيث أسبابه قلنا أنه اضطراب وظيفى ينشأ من تضافر عدة عوامل عل رأسها صراعات لا شعورية فى عهد الطفولة، أما إن أردنا أن نعرفه من حيث هدفه قلنا أنه محاولة شاذة تستهدف حل أزمة نفسية محاولة لتجنب القلق أو درئه، وهى محاولة قد تفلح فى هدفها هذا بقدر قليل أو كبير، أو تكون محاولة خائبة لا تجدى فتيلا فى خفض القلق بل تزيده شدة وإصراراً.

ويلاحظ أن مفهوم المرض النفسى قد انبسط بحيث أصبح يضم عدداً من اضطرابات الشخصية... كالانحرافات الجنسية، والأمراض الجسمية النفسية المنشأة، وكثيراً من اضطرابات الخلق، وذلك لتشابه العوامل الممهدة لها فى عهد الطفولة... ولا تسام أعراضها جميعاً بطابع القسر والإرغام. (٢٠ : ١٣٣-١٣٤).

ـ أما المرض العقلى (Psychoses) أو الذهان فهو اضطراب خطير فى شخصية الفرد بأسرها يبدو فى صورة اختلال شديد فى التفكير والقوى العقلية بوجه عام، كما يتميز باضطراب ملحوظ فى الحياة الانفعالية، وعجز شديد عن ضبط النفس مما يحول دون المريض ورعاية نفسه ويمنعه من التوافق الاجتماعى فى مختلف صوره : التوافق العائلى، والمهنى والدينى وغيرها.

والأمراض العقلية إما عضوية وهى ما كان لها أساس عضوى معروف

كتلف النسيج العصبى للمخ من الزهرى أو المخدرات أو تصلب الشرايين لجنون الشيخوخة، وجنون المخدرات، والشلل الجنونى العام.

أو تكون الأمراض العقلية وظيفية أى تكون العوامل النفسية جوهرية غالبة فى أحداثها كالفصام والذهان الدورى، أو هى الأمراض التى لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوجية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية (٢٠ : ٢٠٩).

وهناك العديد من الطرق التى يمكن الاستعانة بها، تصنيف الأمراض النفسية منها التصنيف على أساس الملامح الظاهرة والمسيطرة على الفرد مثل:

١ ـ قصور النشاط المعرفى : فحينما تحدث إعاقة للقدرات العقلية كالاستدلال، والإدراك والانتباه والحكم والتذكر والاتصال. وتكون هذه الإعاقة شديدة... يمكن وصف السلوك بأنه غير سوى.

٢ ـ قصور السلوك الاجتماعى... نظراً إلى أن هناك مجموعة من التقاليد الاجتماعية التى تنظم السلوك فى كل مجتمع فإنه حينما ينحرف السلوك بدرجة عالية عن مستويات تلك التقاليد فمن المحتمل أن يطلق عليه سلوك (غير سوى).

٣ ـ قصور التحكم الذاتى : على الرغم من أنه ليس لدى الأفراد مقدرة كاملة للتحكم المطلق فى سلوكهم إلا أن البعض يمارس تحكماً ولو بسيطاً فى سلوكه... لذا فإن الانعدام التام للتحكم فى السلوك يوصف عامة بأنه سلوك (غير سوى).

٤ ـ الضيق : إن مشاعر الأسى وعدم الارتياح كالقلق والغضب والحزن كلها انفعالات سوية وحتمية ولكن التعبير عن هذه الانفعالات بطريقة غير مناسبة تؤدى إلى المعاناة بطريقة حادة وغير مألوفة يعتقد أنها (غير سوية) (١٩ : ٦٥٨).

وقد تصنف الأمراض النفسية وفقاً للمحكات الآتية:

١ ـ اضطرابات المزاج والانفعال (اضطرابات وجدانية).

Disorders of mood and emotion affective .

٢ ـ اضطرابات الإدراك. Disorders of Perception

٣ ـ اضطرابات التفكير. Disorders of Thinking

٤ ـ اضطرابات الذاكرة. Disorders of Memory

٥ ـ اضطرابات الذكاء Disorders of Intelligence

٦ ـ اضطرابات الحركة. Disorders of Movement

ويلاحظ أن تلك المحكات العديدة التى يستند إليها العلماء فى تصنيف الأمراض النفسية يكمن فيها العديد من المشكلات منها:

١ ـ أنها محكات تفرق بين السواء واللاسواء من حيث درجة الاضطراب فقط، بعبارة أخرى، يقال أن الأفراد غير الأسوياء نفسياً تعتريهم إعاقة معرفية أكثر، ويتصرفون اجتماعياً بطريقة غير ملائمة كما يبدو أنهم أقل قدرة فى التحكم فى انفعالاتهم عن الأفراد الأسوياء ولا يتفق كل المتخصصين على التمييز بين السلوك السوى ـ السلوك غير السوى من حيث الدرجة فقط، حيث يعتقد الكثيرون منهم أن الفرق يكمن فى الملامح النوعية بالإضافة إلى الملامح الكمية.

٢ ـ عندما نتحدث عن السلوك الاجتماعى الملائم فإننا نعترف ضمنياً بأن التعريفات النفسية للسلوك غير السوى أمر يتوقف على الممارسات الثقافية، ومع ذلك فإن كثيراً من المستويات الاجتماعية ليست طبيعية وعامة وبعضها عفوى. وهنا يصبح من الصعوبة بمكان أن نضع مستويات مطلقة فى حد ذاتها.

٣ ـ يلاحظ غموض تلك المحكات حيث أنها لا تهدينا إلى خطوط واضحة يمكن على أساسها تقويم السلوك المضطرب، ومن هنا ينتج خلاف

كبير فى أراء كل من علماء النفس والأطباء العقليين وغيرهم من المهنيين حول تشخيص دافع الحالة العقلية لفرد معين. ونتيجة لعدم وضوح تلك المستويات فالأحكام المبنية عليها قد تكون متميزة أوقائمة على اعتبارات لا علاقة لها بالموضوع. (١٩ : ٦٥٨).

وإزاء هذه المشاكل فمن الممكن تصنيف السلوك الشاذ غير السوى بطريقة أكثر دقة فى فئة تشخيص معينة، وتعتمد معظم مؤسسات الصحة العقلية فى الولايات المتحدة على نسق الجمعية النفسية الأمريكية للطب العقلى الموضح فى كتيب بعنوان «الدليل الشخصى الاحصائى للاضطرابات العقلية (D.S.M)».

والواقع أن القوائم التشخيصية لنظام التصنيف يمدنا بمعلومات ويبصرنا بالآتى:

١ ـ أسباب المشكلة.
٢ ـ الأساليب الملائمة للعلاج.
٣ ـ الأعراض التى تتضح فى النهاية.
٤ ـ النتائج المستقبلية المحتملة.

وفى الفقرة التالية نقدم لتصنيف مستمد من دليل تشخيص الأمراض النفسية للجميعة المصرية للطب النفسى وبيانه كالآتى:

(أ) الأمراض العصابية (النفسية Neurosis):

١ ـ عصاب القلق (القلق النفسى).
٢ ـ الهستيريا (النوع التحويلى ـ النوع الانشقاقى).
٣ ـ العصاب الرهابى.
٤ ـ العصاب القهرى الوسواسى.
٥ ـ العصاب الاكتئابى.
٦ ـ استجابة الأسى.

٧ ـ استجابة التوهم المرضى (العلل البدنية).

(ب) الأمراض الذهانية Psychosis:

(١) الذهان الوظيفى:

١ ـ الفصام.
٢ ـ ذهان الانبساط (المرح) الاكتئابى (أمراض الهوس والاكتئاب).
٣ ـ السواد الارتدادى (اكتئاب سن اليأس).

(٢) الذهان العضوى:

١ ـ اضطرابات الأيض (أمراض الكبد، الكلية، السكر، البورفريا).
٢ ـ نقص الفيتامينات (ب١ ، حامض النيكوتينيك، ب١٢).
٣ ـ أمراض الغدد الصماء.
٤ – نقص الأكسجين فى الدم.
٥ ـ اضطرابات الأملاح والمعادن فى الجسم.
٦ ـ أمراض شرايين المخ.
٧ ـ الأمراض المعدية والحميات.
٨ ـ ذهان الحمل والولادة.
٩ ـ أمراض الجهاز العصبى (زهرى الجهاز العصبى، الحمى الشوكية، الحمى المخية).
١٠ ـ الشلل الاهتزازى ـ التصلب المتناثر، ارتجاج وتهتك المخ، التجمع الدموى تحت الأم الجافية، أورام المخ).
١١ ـ الصرع.
١٢ ـ ذهان السموم (أول أكسيد الكربون، رصاص، زئبق، زرنيخ، منجنيز، سيانور، المنبهات، المنومات (الباربتيرات)، الكحول، الحشيش، الأفيون، الكوكايين، عقاقير الهلوسة).

(جـ) اضطرابات الشخصية :

(١) اضطرابات نمط الشخصية:

١ ـ الشخصية الشبفصامية.

٢ ـ الشخصية النوابية.

٣ ـ الشخصية الوسواسية.

٤ ـ الشخصية البارنويا.

٥ ـ الشخصية السيكوباتية (المضادة للمجتمع).

(٢) اضطرابات الشخصيات غير الناضجة.

١ - الشخصية غير المتزنة انفعالياً.

٢ ـ الشخصية السلبية الاعتمادية.

٣ ـ الشخصية العاجزة.

٤ ـ الشخصية الهستيريا.

(٣) اضطرابات سمات الشخصية:

١ ـ الشخصية الانفجارية.

٢ ـ طبع السرقة المرضية.

٣ ـ طبع الحريق المرضى.

٤ ـ طبع الشذوذ اجتماعياً.

٥ ـ طبع توهم المرض.

٦ ـ التمارض

(٤) الاضطرابات الجنسية.

(د) طب نفسى المسنين.

(هـ) طب نفسى الطفل.

(و) القصور العقلى

(٢٧ : ١٣-١٥)

النمط التمريضى العناية بالمريض العقلى

التمريض هو علاقة مع المريض وأسرته تقوم فيها الملاحظة التمريضية، المساندة، الاتصال، تدبير الرعاية... إلخ بدور كبير للوصول بالمريض إلى أحسن حالة صحية، كما يعنى التمريض منح الرعاية أثناء المرض حتى يستطيع المريض تحمل مسئولياته ويصل إلى حالة الاكتفاء لاحتياجاته الخاصة، ولكى يصل المريض إلى أحسن حالاته الصحية لابد أن تقدم له الخدمة الصحية المؤهلة على أسس مدروسة منتظمة، ولذلك فالتمريض هو خدمة مؤهلة تتاح للجميع سواء كان شاباً أم كهلا، فى حالة سيئة متدهورة أو فى حالة صحية جيدة.

ولكى نصل إلى حالة صحية جيدة تقوم عملية التمريض على عدة عوامل منظمة وهى:

١ ـ التقييم الأولى. Assessment

٢ ـ التخطيط Planning

٣ ـ التنفيذ. Implementation

٤ ـ تقدير النتائج Evalutation

وفى كل مراحل الخدمة التمريضية أو التى لا تقل أهمية عن الخدمة الطبية، يجب أن تلتزم الممرضة بهذه الخطوات الأربع وبيانها:

١ ـ التقييم الأولى Assessment:

فى هذه المرحلة يتم تقييم حالة المريض، وتحديد موضع العلاج سواء أكان جسمياً أو نفسياً تمهيداً لتحديد طريقة العلاج. وفى هذه الخطوة تقوم الممرضة بالبحث عن معلومات تتعلق بالمريض، أما عن طريق المريض نفسه أو عن طريق الأسرة أو أقارب المريض. ومن خلال هذه المعلومات يتم معرفة احتياجات المريض والمشاكل المعرض لها، ويتم وضع الخطة التمريضية تبعاً لاحتياجات كل مريض، ويجب على الممرضة فى هذه الخطوة أن تقترب من

المرضى وتحاول الحديث معهم وتوفير الإحساس بالراحة والأمان لهم مما يساعد على سرعة علاجه وشفائه.

(٢) التخطيط Planning:

بعد معرفة احتياجات المريض ومشاكله يتم وضع خطة محددة للوصول إلى الأهداف التى تتمشى مع احتياجات المريض ومشاكله، معنى ذلك أنه فى هذه الخطوة يتم تحديد خطوات العلاج والرعاية الطبية والتمريضية بما يتلائم مع طبيعة المرض، وطبيعة الشخص المريض الذى ستوجه إليه هذه الرعاية.

(٣) التنفيذ Implementation:

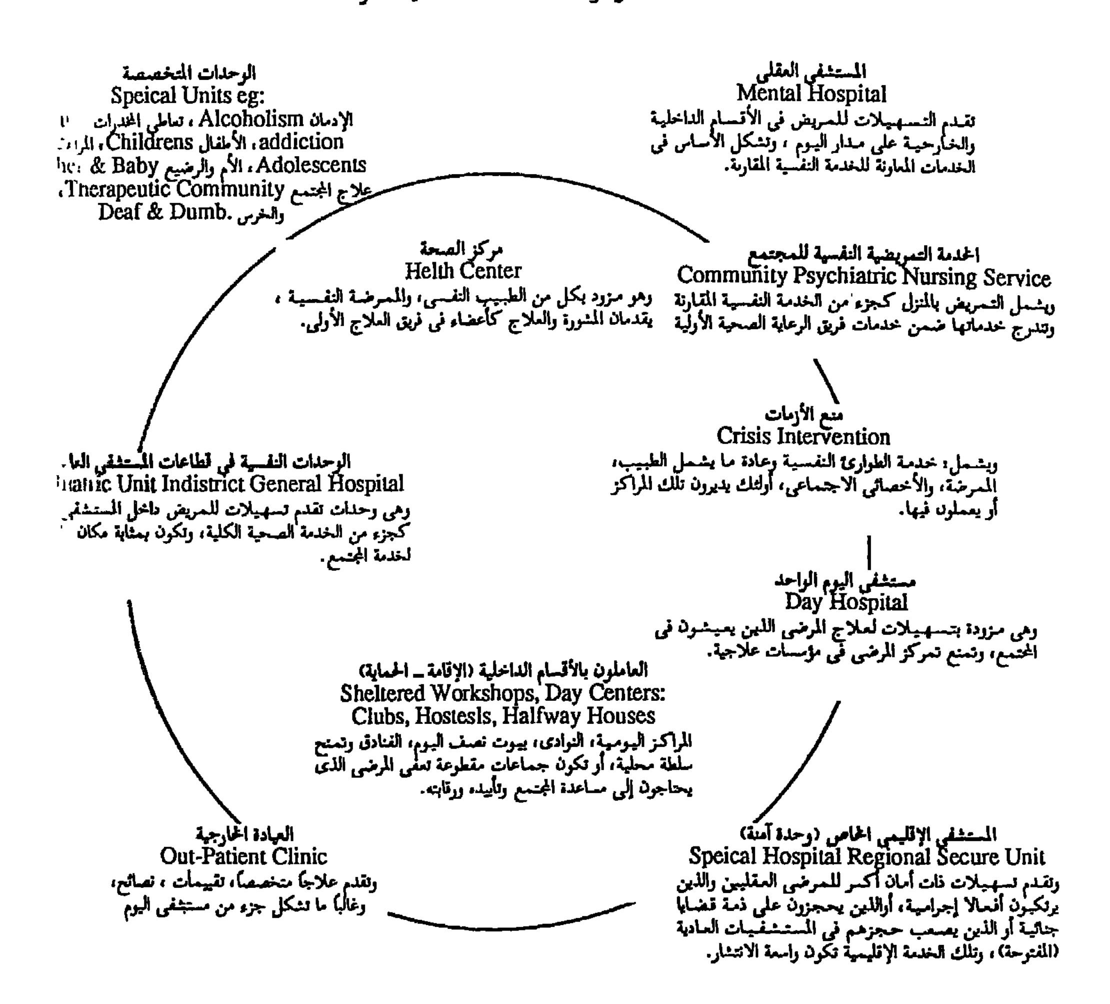
بعد معرفة الأهداف تبدأ الممرضة فى تنفيذ خطوات الخطة العلاجية التى تتفق مع الأهداف مع الاهتمام بالنواحى الإنسانية، وهنا يجب على الممرضة خدمة المريض ٢٤ ساعة كاملة لزيادة التقارب والاتصال مع المريض، ويعتبر هذا فى حد ذاته علاجاً يمكن أن يحتاجه المريض قدر حاجته إلى العلاج الطبى.

(٣) تقدير النتائج Evaluation:

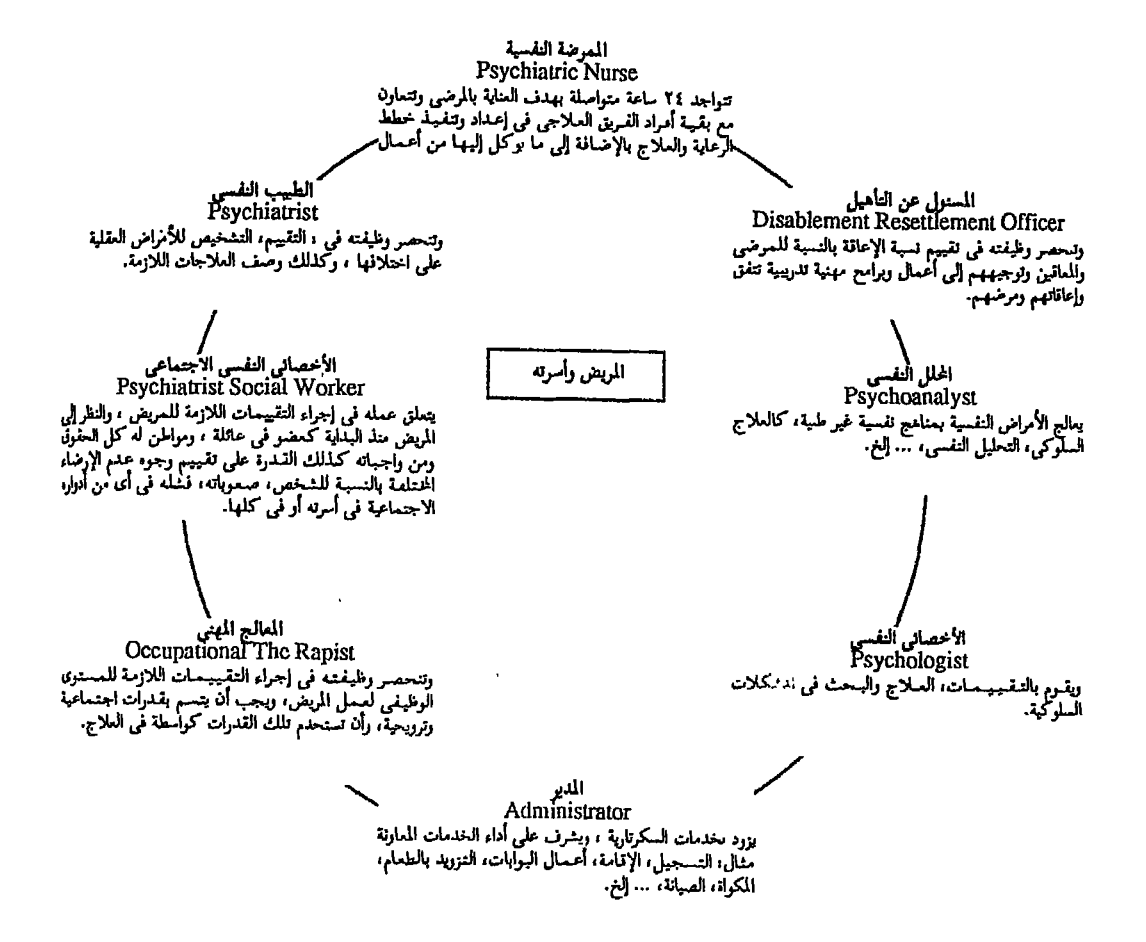
ويعنى عملية تقييم للنتائج التى تم الحصول عليها، وتقوم هذه الخطوة على الخطوات السابقة عليها، وهذا ضرورى لمعرفة ما إذا كانت الخطة العلاجية ـ والوسائل التمريضية المستخدمة لها تأثير إيجابى على المريض وأنها تتفق والأهداف، أو إذا كان الأمر يتطلب وضع خطة جديدة، وزيادة الأهداف وتحسينها لزيادة العناية بالمريض.

وكل هذه الخطوات، والتى قد تبدو تمريضية بحتة نجد إلى جوارها علم النفس مسانداً لها فأثناء الأخذ بهذه الخطوات يجب أن تضع الممرضة فى اعتبارها أن الذى تتعامل معه هو انسان تدور فى داخله كل الاحساسات والمشاعر التى هى أيضاً فى حاجة إلى خدمة تمريضية مثلها كالجسد تماماً، بل قد تبدو أكثر أهمية.

الوجوه المختلفة للخدمة النفسية المقارنة



المبادئ المنظمة لفريق العمل بمستشفيات الأمراض العقلية



الفصـل الخامس

الأنماط العصابيـــــة

أعراضـــها وعلاجـــها

- تمهيد.
- استجابات القلق.
- الهستيريا.
- عصاب الوسواس القهرى.
- استجابة الخوف.
- الإعياء النفسى.
- استجابة الاكتئاب النفسى.
- أنماط أخرى من الاضطرابات العصابية.

الفصل الخامس
الأنماط العصابية : أعراضها وعلاجها

تمهيد:

انتشر استخدام مفهومى الانطواء/الانبساط فى الآونة الأخيرة وذلك فى كثير من المجالات خاصة فى المجال السيكاتيرى، ويلاحظ أن جانباً من تلك الاستخدامات قد أيدته الدراسات النظرية والتجريبية ومنها يتضح أن هذه المفاهيم تعتبر عاملا مشتركاً فى فهم كثير من المشاكل السيكاتيرية، فلقد كشفت دراسة (J.Page, 1934) أن الأشخاص الأسوياء كانوا أكثر انبساطاً من مرضى الذهان الدورى الذين كانوا هم بدورهم أكثر انبساطاً من مرضى الفصام ، وكشف أيزنك فى دراسته (H.J.Eysenck, 1959) أن الحالات التى حصلت على درجات منخفضة جداً فى مقياس الانبساط من (M.P.I) قد حصلت على درجة عالية فى العصابية ، مما يشير إلى العلاقة بين الانطواء والعصابية، كذلك تبين من دراسة (J.G. Ingham & J.O. Robinson, 1964) أنه ليس هناك دليل على أن حدوث الأعراض الهستيرية التقليدية يرتبط بالانبساط وكذلك انتهى (N.L. Coroh, 1964) أن السيكوباتيين ينزعون إلى أن يكونوا أوثق بالأسوياء من العصابيين على بعد العصابية، وأن الهستيريين لا يختلفون عن الأسوياء على عامل الانبساط، وأن الانبساطيين يظهرون الأعراض الجسمية للقلق، بينما يظهر الانطوائيون العصابيون الأعراض النفسية للقلق، وكذلك انتهى (H.E. Armstrong & Others, 1967) إلى أن هناك علاقة جوهرية بين الانطواء والفصام.

كل هذه بحوث تؤكد طبيعة العلاقة الوثيقة بين الانطواء والعصابية، ومدى تأثير تلك العلاقة على توافق الشخصية فى حالة وجود ضغوط بيئية تفوق التكوين النفسى للفرد.

وفى هذا الفصل نتعرض لبعض الأنماط العصابية كالقلق ـ الهستيريا،

الوسواس القهرى، الخوف، الإعياء النفسى، الاكتئاب النفسى، وأنماط أخرى من الاضطرابات العصابية. نتعرض لكل منها من ناحية أعراضها المميزة، أسبابها، علاجه، وكذلك تمريضه ووضع الخطة السليمة لعلاجه.

الأنماط العصابية

تبعا لتصنيف (D.S.M) وزملة أعراضها

النمط العصابى	زملة الأعراض الأساسية
١ـ عصاب الخوف	الخوف الزائد وتجنب بعض الأشياء المعروف أنها ضارة
٢ـ عصاب القلق	الشعور بالقلق فى مواقف كثيرة جدا بالرغم من عدم تحديد موضوع بذاته يثير القلق.
٣ـ عصاب الوسواس القهرى	ثبات بعض الخواطر غير الخاضعة للسيطرة وميلها للتكرار فى أنماط سلوكية خاصة.
٤ـ العصاب الهستيرى من النمط التفككى	اضطرابات متعلقة بالوعى تشتمل على شرود الذاكرة والمشى أثناء النوم وتعدد الشخصية.
٥ـ العصاب الهستيرى من النمط التحويلى	اضطرابات حسية متنوعة لا تستند إلى أى أسس جسمية.
٦ـ العصاب النوراستنينى	التعب والضعف المزمنان.
٧ـ عصاب اللاشخصية	الشعور بأن العالم زائف، والشعور بالاغتراب عن الذات وعن البيئة.
٨ـ عصاب الاكتئاب	الشعور بالتعاسة المفرطة التى تجلبها بعض الأحداث.
٩ـ عصاب توهم المرض	الانشغال بتوهم بعض الأمراض المتخيلة وغيرها من الأعراض الجسمية. (١٩ :٦٦٦)

أولا: استجابات القلق (القلق النفسى)

Anxiety Neurosis

ليس هناك اتفاق حول مفهوم القلق النفسى، ولعل السبب فى هذا يكمن فى أن القلق العصابى مرض داخلى المصدر غير مفهوم، ولا يعرف له الفرد أصلا أو سببا ولا يستطيع أن يجد له مبررا موضوعيا أو سببا واضح صريح، فأسبابه لا شعورية مكبوتة. (٢٠ : ١٥٠)، إلا أنه يمكن القول بأن القلق (شعور مبهم غير سار) بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الاحساسات الجسمية مثل الشعور بالضيق فى التنفس أو الصداع أو كثرة الحركة.... ويأتى فى نوبات متكررة فى نفس الفرد. (٢٧ : ٣٥).

ويقسم المشتغلون بعلم النفس المرضى (القلق) إلى نوعين هما:

١ـ القلق الموضوعى Objective Anxiety

وهذا النوع أقرب إلى الخوف، ذلك لأن مصدره يكون واضح المعالم فى ذهن المصاب، ومن أمثلته، شعور الفرد بالقلق (الخوف) مثلاً آذا ما اقتربت منه سيارة مسرعة أثناء سيره فى الطريق.

٢ـ القلق المرضى أو العصابى (الحصر) Pathological Anxiety & Anxiety Neurosis

وهذا نوع آخر من القلق لا يدرك صاحبه مصدره أو علته، وكل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض المنتشر (العام) غير المحدد (٣٠:٢٠١).

القلق والخوف:

هناك أوجه شبه بين كل من القلق والخوف، فأعراض القلق تشبه أعراض الخوف ورغم هذا فهناك فروق بينهما يمكن أن نلخصها فيما يلى:

أ ـ الفروق فى الناحية الفسيولوچية وتتلخص فى الآتى:

في الخوف الشديد يلاحظ:

١ـ نقص في ضغط الدم وضربات القلب.

٢ـ ارتخاء في العضلات مما يؤدى أحيانا إلى حالة اغماءه.

في القلق الشديد يلاحظ:

١ـ زيادة في ضغط الدم وضربات القلب.

٢ـ توتر في العضلات مع تحفز وعدم استقرار وكثرة في الحركة. (٢٧، ٣٨)

ب ـ الفروق في الناحية السيكولوجية ويمكن تلخيصها في الآتي:

١ـ من حيث السبب أو الموضوع فهو في حالة القلق يكون مجهولا، وفي الخوف يكون معروفا.

٢ـ في القلق يكون (التهديد) داخلي، وفي الخوف يكون خارجي.

٣ـ القلق من حيث التعريف يكون غامضا، أما الخوف فهو محدد.

٤ـ في القلق يكون (الصراع) موجود، بينما لا يوجد الصراع في الخوف.

٥ـ في القلق تكون (المدة) مزمنة، أما في الخوف فتكون المدة حادة (٢٧ : ٣٨).

أسباب القلق المرضى:

عند توضيح الأسباب التى تؤدى إلى نشأة القلق المرضى نذكر خلاصة الآراء النظرية في تفسير القلق، ثم نتائج البحوث والدراسات الحديثة عن القلق.

أ ـ الاتجاهات النظرية في تفسير القلق النفسى العصابى:

١ـ رأى فرويد: ينشأ القلق النفسى نتيجة للتعارض والصراع بين مطالب الهو (قوة الغرائز)، ومطالب الأنا الأعلى (قوة المعايير الأخلاقية). وعجز (الأنا) عن التفريق بينهما، وسبب هذا العجز يرجع إلى خبرات

الطفولة وخاصة (عقدة الخصى Castration Complex)، أو عقدة الخوف من فقدان العضو التناسلى، والشعور بالذنب الذى يحيط بالرغبات الجنسية.

٢ـ رأى أدلر: ينشأ القلق النفسى نتيجة لشعور الشخص بأنه ناقص فى نظر نفسه فيزيد شعوره بعدم الأمن، ومن ثم ينشأ لديه القلق. ويشتمل مفهوم القصور (المصدر العضوى، وأيضا القصور بمعناه المعنوى والاجتماعى).

٣ـ رأى هندرسون: ينشأ القلق النفسى بسبب تعرض الفرد لمواقف احباطية متكررة تؤدى إلى الصراع النفسى ثم إلى القلق، وتشتمل هذه المواقف الاحباطية (أمور عادية، وعائلية، ونفسية).

٤ـ رأى رانك: ينشأ القلق النفسى بسبب عملية الولادة القاسية، وانفصال الطفل عن عالمه المليئ بالأمن الوطمأنينة، ودخوله عالمًا مليئا بالضجة والضوضاء (عقدة الميلاد) (١٢ : ١٥٧ـ١٥٨).

٥ـ رأى كارن هورنى: ينشأ القلق العصابى أو المرضى (أو القلق الأساسى) نتيجة الصراع بين رغبة الطفل فى احترام الوالدين لاعتماده عليهم ولأنهم مصدر الحنان والعطف، ورغبته فى التمرد عليهما (نتيجة لما يصيبه منهم من مقاومات وإحباطات)، ويعجز الطفل عن حل هذا الصراع فيكبت العدوان فى نفسه ولا يوجهه إلى مصدر الخطر (علاقته المتصارعة بوالديه)، ثم تصبح هذه العادة استجابة يقابل بها كل خطر يواجهه، فيكون خنوعاً ميالاً إلى الانصياع، مسالم فى المواقف التى ينبغى له فيها أن يكون غير ذلك لأن العداء فى نظره قد يترتب عليه الحرمان من عطف الشخص الذى اعتدى عليه والذى كان فى بداية الأمر (والديه) ومن هنا يشعر بالقلق من فقدان العطف والحنان.

٦ـ رأى المدرسة السلوكية الجديدة: وترى أن القلق المرضى استجابة مكتسبة تنتج عن:

(١) تعرض الفرد لمواقف وظروف معينة مثل تعرض الفرد لمواقف ليس فيها اشباع مثل التعرض لمواقف خوف أو تهديد مع عدم التكيف الناجح لها. فيترتب عليها اضطرابات انفعالية من أهمها عدم الارتياح الانفعالى والشعور بالتوتر وعدم الاستقرار.

(٢) إسراف الوالدين فى حماية الأطفال، فتكون النتيجة شعور الأطفال بالخطر عندما يتعرضون للمواقف الخارجية البعيدة عن مجال الأسرة.

(٣) الضعف العام في الجهاز العصبى، والخطأ فى التركيب العضوى مثل اختلال الأوعية الدموية (٣٠: ٢٠٤ـ٢٠٥).

٧ـ رأى بودلسكى Bodolsky، ويرى أن أساس القلق هو ادراك الفرد بأن حياته محدودة ولابد أن تنتهى بالموت مما يهدد خططه المستقبلية (٤٥ـ٣٩١).

ب ـ نتائج الأبحاث والدراسات الحديثة فى القلق:

١ـ دلت الدراسات المختلفة أن الوراثة تلعب الدور الهام والأساسى فى الاستعداد لهذا المرض. فقد دلت النتائج أن نسبة القلق فى التوائم المتشابهة أو المتماثلة تصل إلى ٥٠٪، بينما تصل إلى حوالى ٤٪ فى التوائم غير المتشابهة، وحوالى ١٥٪ فى أباء وأخوة مرضى القلق.

كما دلت النتائج أيضا أن نسبة من يعانون من (سمات القلق) من بين حالات التوائم المتشابهة بلغت حوالى (٦٥٪، بينما وصلت إلى (١٣٪)، حالات التوائم غير المتشابهة. (وكل هذا يؤكد أهمية الوراثة فى الاستعداد لهذا المرض.) (٢٧ : ٤١).

٢ـ إن نسبة القلق فى النساء تزيد عنها فى الرجال. (مما يشير إلى أن مقولة الجنس لها علاقة بالإصابة بالقلق).

٣ـ اتضح من تلك الدراسات كذلك أن السن له علاقة بنشأة القلق، وذلك

تبعا لحالة الجهاز العصبى فيزيد المرض فى الطفولة نتيجة لعدم نضوج الجهاز العصبى فى الطفولة، ويقل فى سن النضوج، ثم يظهر ثانيا فى سن اليأس والشيخوخة (بسبب خمود الجهاز العصبى لدى المسنين).

القلق وعلاقته بالأمراض الأخرى:

القلق النفسى مرض أولى مستقل. ومع هذا فإنه يظهر كعرض فى معظم الأمراض النفسية والعقلية، ويكون علاجه بالتالى علاج المرض المسبب له (وبذلك يكون القلق هو نقطة البداية لكل ألوان سوء التكيف واضطرابات الشخصية (٤٥ : ٣٩٢). ومن أهم الأمراض التى يصاحبها أعراض القلق الآتى:

١ـ أمراض عصابية: مثل الأمراض الهستيرية (بنوعيها التحولية والتفككية)، وكذلك الاكتئاب التفاعلى ـ والاعياء النفسى المزمن، وعصاب الحوادث، والتوهم المرضى بأنواعه المختلفة.

٢ـ أمراض ذهانية: مثل اكتئاب سن اليأس (أو الارتداد السوداوى)، فعادة ما يبدأ هذا المرض بأعراض القلق والتوتر والخوف فى الحركة، مما يجعل الطبيب يتجه فى تشخيصه إلى أنه حالة (قلق). فى حين أنه فى الحقيقة اكتئاب ذهانى، وما القلق إلا أعراض له. ولذا يجب أخذ ذلك فى الاعتبار.

٣ ـ ذهان الهوس الاكتئابى (أو المرح الاكتئابى) حيث تغطى أعراض القلق معظم الأعراض الأخرى، وتكون هى السائدة أو الغالبة.

٤ ـ الفصام (وبوجه خاص فصام المراهقة)، والفصام الشبيه بالعصاب. حيث تبدأ أعراض القلق فى الظهور فى بداية المرض. مما يؤدى إلى صعوبة فى التشخيص، لأنه لا يظهر أنه ليس (حالة قلق)، وإنما هو حالة (فصام) إلا بعد مدة من العلاج.

٥ ـ أمراض عضوية: مثل أورام الغدة فوق الكلوية، زيادة افراز الغدة الدرقية، تصلب شرايين المخ. الشلل الاهتزازى (٢٧ : ٤٠ـ٤١).

ويجب أن نلاحظ أن أعراض القلق التى تظهر فى الأمراض السابقة الذكر تختلف فى حدتها، حيث تخف حدتها فى الأمراض الأخرى، بينما تزداد وطأتها فى حالات عصاب القلق (٢٠ : ١٥٣).

الأعراض الاكلينكية للقلق العصابى:

ذكرنا فيما سبق أن نشأة القلق ترتبط بالسن وكذلك الحال بالنسبة لأعراض القلق، فهى تختلف من مرحلة إلى أخرى، ففى مرحلة الطفولة تظهر الأعراض على هيئة خوف من الظلام والغرباء والحيوانات والأطفال الكبار، أو الخوف من أن يكون الطفل وحيداً بالمنزل، أو يظهر على هيئة أحلام مزعجة أو فزع ليلى.

أما فى المراهقة فيأخذ القلق مظهراً آخر، مثل الشعور بعدم الاستقرار والحرج الاجتماعى، وخصوصا عند مقابلة الجنس الآخر. والاحساس الذاتى بشكل الوجه والجسم والحركات، والتصرفات ومحاسبة النفس على كل شئ، ثم القلق على حجم العضو التناسلى مع الخجل والحياء الشديد، مع ممارسة العادة السرية، والشكوى من علل بدنية مختلفة.

ويمكن تلخيص الأعراض الاكلينكية للقلق النفسى فيما يلى:

١ـ **أعراض جسمية فسيولوچية مثل:** برودة الأطراف، تصبب العرق، اضطرابات معدية، سرعة ضربات القلب، اضطرابات فى النوم، الصداع، فقدان الشهية، اضطرابات فى التنفس، اتساع حدقة العين، الاضطراب فى عملية الاخراج والتبول.

٢ـ **أعراض نفسية مثل:** الخوف الشديد، توقع الأذى والمصائب، عدم القدرة على التركيز والانتباه، الإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والاكتئاب والعجز وعدم الثقة بالنفس، وفقدان الطمأنينة، والرغبة فى الهروب عند مواجهة أى موقف من مواقف الحياه، الخوف من الإصابة بأحد الأمراض، ويجب ملاحظة أن الخوف فى حالة القلق

العصابى يختلف عن الخوف فى حالة الخواف المرضى. ففى الأول يخاف المريض ويكون خوفه عام غامض غير متعلق بشئ معين، أما فى الثانى فعادة ما يخاف المريض من أشياء معينة (كالخوف من الحيوانات أو الأماكن المغلقة أو الأماكن المرتفعة). (٣٠: ٣٠٢).

مصير القلق:

يختلف مصير القلق تبعا لاختلاف طبيعة حدوثه لدى الأفراد:

١- نوبات قلق تحدث لمدة قصيرة وتختفى دون عودة (يحدث هذا فى الأفراد الأسوياء).

٢- أما فى الأفراد أو فى الشخصيات العصابية فهناك أفراد يتعرضون لنوبات من القلق كل أونة أو أخرى، وتتخللها فترة من الصحة النفسية السليمة، وهؤلاء يمكن شفاؤهم بعد مدة قصيرة من العلاج، وهناك أفراد يتعرضون لقلق مرضى مزمن وهؤلاء لا يستجيبون لكل أنواع العلاج. وقد ذكر د. أحمد عكاشة أن حوالى ٣/٢ الحالات من النوع الثانى تتحسن حالاتهم بعد مدة قصيرة، أما النتائج العالمية فى هذا الشأن فهى متناقضة غير ثابتة. (٢٧: ٥٠)

علاج القلق:

يختلف علاج القلق تبعا للفرد المصاب بالقلق، وشدة القلق. ومن طرق علاج القلق ما يلى:

١- **العلاج النفسى:** ويستخدم أكثر العلاج النفسى المباشر (الذى يعتمد على التفسير والتشجيع والإيحاء والتوجيه والاستماع إلى صراعات المريض ومحاولة حلها. وقد لا يستخدم العلاج النفسى لأنه يحتاج إلى الوقت والجهد والمال، ويقتصر استخدامه على الحالات الشديدة المزمنة التى تتطلب فى علاجها التضحية بالوقت والمال والجهد.

٢- **العلاج البيئى والاجتماعى:** ويعتمد على ابعاد المريض عن مكان الصراع

النفسى أو الصدمة الانفعالية التى سببت القلق، وأحيانا يتطلب الأمر تغيير الوضع الاجتماعى سواء العائلى أو فى العمل.

٣ـ **العلاج الكيمائى**: ويستخدم فى حالات القلق الشديد المزمن، ويعتمد على اعطاء المريض بعض العقاقير التى تخفض من حدة القلق والتوتر العصبى.

٤ـ **العلاج بالكهرباء**: لا يستخدم إلا فى حالات القلق التى يصاحبها أعراض اكتئابية شديدة. ويعتمد على تعريض المريض لصدمة كهربائية معينة تعيد تنظيم المواد الكيمائية والهرمونات العصبية التى تصل بين قشرة المخ والهيبوثلامس.

٥ـ **العلاج السلوكى**: ويستخدم بوجه خاص فى حالات الخوف المرضى العصابى. ويعتمد على التخلص من الفعل المرضى وتكوين فعل سوى. ذلك بأن يمرن المريض على الاسترخاء (إما بالتمرين أو بعقار الاسترخاء) ثم تعرض عليه منبهات أقل من أن تصدر قلقا أو تسبب ألما ثم زيادة المنبه بالتدريج حتى يستطيع المريض مواجهة موقف الخوف وبذلك يتحقق له الشفاء.

٦ـ **العلاج بالجراحة**: يستخدم فى الحالات التى لا تشفى بالوسائل العلاجية السابقة ويعتمد على قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهى بالمخ والثلاموس. (٢٧ : ٥٣ـ٥٤)

تمريض المريض بالقلق ووضع الخطة السليمة لعلاجه:

١ـ علاج المريض اليومى لمنع القلق الإضافى Additional Anxiety والذى يمكن أن ينتج عن إمكانية حجز المريض بالمستشفى.

٢ـ تقليل العوامل التى تؤدى إلى زيادة القلق أثناء العلاج.

٣ـ منع أى احتمال للإصابة بمرض عُضوى خلال الملاحظة التمريضية.

٤ـ مساعدة المريض لفهم العلاقة بين القلق ـ والأعراض الجسمية Somatic Symptomes المصاحبة له.

٥ـ مساعدة المريض على التعامل مع حالة القلق عن طريق الاسترخاء وتدريبه عليه.

٦ـ ضرورة وجود علاقة متعاونة بين الممرضة والمريض.

٧ـ تعزيز الراحة النفسية والجسمية للمريض.

ثانيا : الهستيريا Hysteria

تكشف الدراسات الطبية والفسيولوجية والاجتماعية عن وجود صعوبات فى تعريف هذا المرض وكيفية نشأته، ذلك لأن هذا المرض ليس اضطرابا واضح المعالم، ولكنه يطلق على طائفة من الحالات التى تتصف بصفة عامة بالتفكك وعدم وحدة السلوك. ويمكن تعريفها بأنها مرض عصابى أولى يتميز بظهور أعراض وعلامات مرضية بطريقة لا شعورية، تستهدف الحصول على منفعة خاصة أو جلب الاهتمام أو الهروب من المواقف الخطرة أو الحماية من الاجهاد الشديد.

أما عن المعنى اللفظى أو اللغوى للكلمة فقد اشتقت كلمة هستيريا Hysteria من الكلمة الإغريقية Hysteron بمعنى الرحم، حيث كانت الفكرة الشائعة آنذاك أن مرض الهستيريا يصيب النساء فقط، وأن سببه انقباضات عضلية فى الرحم. وبالطبع فقد ثبت خطأ هذه التسمية، فمرض الهستيريا يظهر أيضا فى الرجال ولو أنه أكثر شيوعا لدى النساء، كما أنه ليست له علاقة بالرحم. وإنما هو مصدره المخ. (٢٧ : ٥٦ـ٥٨)

ويعتقد البعض أن دراسة هذا المرض لها أهمية كبيرة للدارسين فى مجالى علم النفس والطب النفسى، نظرا لما تهيئه دراسته من التعمق فى محاور النفس البشرية فى سوائها ومرضها. ونظرا لعلاقة هذا المرض بكافة الأمراض العقلية والعضوية التى تصيب جسم الإنسان ونفسه.

أسباب المرض:

١ـ **فى العصور القديمة:** (عند قدماء المصريين واليونان). اعتقدوا أنه بسبب تجول الرحم فى جسم المرأة طلبا للإشباع الجنسى. وكان العلاج الذى يقدم آنذاك للمرضى من النساء عبارة عن زيوت ذات رائحة ذكية تدهن بها الأعضاء التناسلية للمرأة فتساعد على ارجاع الرحم إلى مكانه الأصلى.

وقد يبدو أن سبب هذا الاعتقاد هو أنه من بين الأعراض المميزة لهذا المرض هو الاستفزاز الجنسي. فالشخصية الهستيرية من النساء لها جاذبيتها الجنسية.

٢ـ **في العصور الوسطى:** استبعد التفسير السابق الذى كان سائدا فى العصور القديمة عند المصريين القدماء واليونان. واعتقد الفلاسفة والكهنة أن سبب هذا المرض هو احتواء الأرواح الشريرة لهؤلاء المرضى.

٣ـ **في القرن ١٧:** استبعدت الأراء السابقة بعد اعلان Charles طبيب الملك هنرى الثانى أن هذا المرض يصيب الجنسين.. وأن مصدره المخ وليس الرحم أو الروح الشريرة كما كان معتقدا قبل ذلك.

٤ـ **في القرن ١٩:** كان شاركوه Charcot الفرنسى أول من درس الحالات العصابية النفسية لدى عدد كبير من الأفراد فى أواخر القرن التاسع عشر، ورأى أن الأعراض الهستيرية تعود فى أساسها إلى ضعف فى الجهاز العصبى، وهذا الضعف يهيئ الفرد لاكتساب هذا الأعراض بالإيحاء. والذى يمكن عن طريقه إيجاد أو ازالة المرض. ولم يرى أن الأسباب النفسية أسباب أساسية فى هذا المرض. (١٢ : ١٦١)، لهذا بادر بعلاجهم بالايحاء والتنويم.

ثم جاء من بعده تلميذه (جانيه P. Janet) الذى يرجع إليه الفضل فى إظهار الأسباب النفسية لهذا المرض، فقد ذهب جانيه إلى القول بأن أعراض هذا المرض ما هى إلا نتيجة تغلب اللاشعور على الشعور، وذلك بانفصال بعض عناصر المجال الشعورى واستقلالها عن بقية الشخصية، وعجزه عن السيطرة عليها، فتؤدى هذه العناصر المستقلة إلى ظهور الأعراض المختلفة فى شكل حاد لاثبات استقلالها، (قد تكون هذه العناصر فكرة أو انفعال أو نمط من الحركات)، كما اعتقد أيضا أن العوامل الجسمانية كالتعب والانفعالات العنيفة، ومظاهر التغير المختلفة فى المراهقة تؤدى إلى التأثير فى

الجهاز العصبى وضعف قدرته على المقاومة فيؤدى هذا إلى تهيئة الاستعداد للمرض، ورغم أن هذا التحليل يعتبر تحليلا جامعا للناحيتين النفسية والجسمية للهستيريا إلا أنه لم يتعمق فى فهم معنى الأعراض المصاحبة للمرض (٢٧ : ٥٩).

إلى أن جاء العالم النمساوى (فرويد) وذهب إلى أن أسباب المرض تعود إلى صدمات جنسية فى طفولة الفرد، وعادة ما يصيبها النسيان فتكبت لأن المجتمع يحرم تحقيق هذه الرغبات فتظهر هذه الأعراض المرضية.

وقد يهاجم العديد من العلماء نظرية فرويد والتى تستند إلى الأساس الجنسى لهذا المرض، ولذا حاول البعض تعديلها.

(رأى باڤلوف) : أرجع باڤلوف سبب هذا المرض إلى ضعف القشرة المخية مما يؤدى إلى سيادة أو سيطرة طبقات ما تحت القشرة التى تعتبر مسئولة عن ظهور أعراض هذا المرض لاحتوائها على المراكز العصبية للأفعال المنعكسة التى تسبب الأعراض، أو التى تحول القشرة دون ظهورها اذا كانت تلك القشرة قوية.

نتائج الدراسات والبحوث الحديثة

١ـ دلت أبحاث سلاتر Slater عام ١٩٦١ على أن الغالبية العظمى من المرضى بعد متابعتهم لمدة سنوات ثبت أنهم يعانون من أمراض عضوية في المخ. الصرع، الفصام، القلق العصبى، الاضطرابات الاكتئابية.

٢ـ إن العامل الوراثى وأسباب المرض متعددة، فالمرض قد يرجع إلى أسباب وراثية، وقد يرجع إلى أسباب أخرى غير وراثية.

٣ـ إن الأعراض الاكلينكية متغيرة، لا تنتمى إلى مجموعة واحدة، حتى لقد انتهى العلماء إلى أنها مشكلة عامة، ومعنى هذا أنه يجب التأنى في تشخيص هذا المرض.

٤ـ أسفرت دراسة كل من بارنت ويلسون وتريمبل عام ١٩٨٥ عن ارتباط الاضطراب الوجدانى بمرض الهستيريا خاصة القلق والاكتئاب (Wilson B.J & Trimble M.R., 1985).

٥ـ وانتهى كل من تامبورينى وآخرون إلى وجود علاقة بين الهستيريا والاكتئاب وتوهم المرض (Tam burini M et.al., 1986)، وقد أكد تلك العلاقة بين الهستيريا والاكتئاب دراسات كل من كوفيس (Kovess V., 1982) ووليام فردريك (Friedrich w. et. al., 1987) وموريس جيلفان (Gelfman M. 1971) ودرسه والتر كار (Char W., 1985)، وكذلك دراسات بيتل كيندر وآخرون (Kinder B. et.al., 1986).

٦ـ أسفرت دراسة بوليلا إلى أن هناك علاقة بين الهستيريا والقلق (Pullela, S., 1986) مما يشير إلى أن المفهوم الفرويدى للهستيريا يحتوى على الأعراض الآتية: القلق، النرجسية، الاكتئاب (Jeanneau A., 1985).

٧ـ وما يؤكد على أن وجود علاقة بين الهستيريا والاكتئاب وجود نوعا من الاكتئاب يسمى الاكتئاب الهستيرى Hysterical Depression وتكون الأعراض الهستيرية والتهيج الهستيرى هى الأعراض السائدة فى ذلك النمط من الاكتئاب (Coimbra de M., 1985).

٨ـ كذلك ما يؤكد على أن هناك علاقة بين الهستيريا والقلق وجود نوعا من الهستيريا يسمى هستيريا القلق Anxiety Hysteria، ونوعا آخر يسمى القلق الهستيرى Hysterical Anxiety (Hajvat M.N., 1986) وتتميز هستيريا القلق بوجود نوبات حادة من القلق تتخلل الأعراض الهستيرية وغالبا ما يحدث هذا العرض المرضى لدى الأطفال ممن هم فى سن المدرسة (Wessely. S., 1987).

٩ـ يلاحظ أن الأعراض الهستيرية تتفاوت لدى الجنسين، فالأعراض الهستيرية، فى المرأة تأخذ أشكالا مثل التبعية والاعتمادية والفجاجة أو عدم النضج (Frei. J. , 1984).

١٠ـ كذلك لوحظ من استقراء الدراسات والبحوث السابقة فى هذا الصدد أن الهستيريا ترتبط بسمات شخصية أخرى مثل: وجهة الضبط (Goodmeyer I.M., 1986)، والقابلية الشديدة للإيحاء والتنويم (Patris M., 1985)، عدم النضج أو الانفعالية (Verbeek E., 1973)، النرجسية (Diatkine R., 1969).

١١ـ وبالنظر إلى متغير العمر وعلاقته بالهستيريا على اعتبار أن العمر يعد عاملا بيئيا للتأثير فى عملية ادراك الضبط فقد انتهى كل من فيلز تيفانى وكاى دى عام ١٩٨٣ إلى أن الأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقاييس توهم المرض والاكتئاب والهستيريا التحويلية يخبرون أيضا قدرا عاليا من الضبط المكتسب من خلال البيئة (Tiffany P.G., & Dey K., 1983).

١٢ـ وفى علاقة الهستيريا بأبعاد الشخصية: الانبساط والعصابية فقد أسفرت دراسة جرين فى مدينة بنغازى بليبيا عام ١٩٨٦ على أن مرضى الهستيريا يحصلون على درجات مرتفعة على بعدى الانبساط والعصابية بمعنى أنهم أكثر انبساطا وأكثر عصابية من نظرائهم من المرضى.

١٣ـ وتختلف الهستيريا من حضارة إلى أخرى، وتتغير أعراضها حسب

الحالة الاجتماعية والثقافية للفرد. وقد قام أ. د. عكاشة (١٩٨٨ ص٨٣ـ٨٥) بدراسة مائة مريضة وخمسين مريضا من مرضى الهستيريا فى مصر، ووجد أن معظم المرضى بين سن ٢٠ـ٤٠، وأن ٥٢٪ من المريضات زوجات، وأن ٨١٪ من المرضى عزاب.

الشخصية الهستيرية:

يجب علينا أن نميز بين ردود الأفعال الهستيرية وبين الشخصية الهستيرية فكل فرد عرضة لأن يستجيب بشكل هستيرى فى مواقف معينة، ويختلف هذا عن الشخصية الهستيرية فى أن خط سلوكها كله يتميز ببعض المميزات التى تطبع تاريخ حياتها، وهذه المميزات:

١ـ **عدم النضج الانفعالى:** أى عدم الثبات فى العاطفة مع السطحية الانفعالية، والانفعال لأتفه الأسباب، الذبذبة السريعة سواء فى العاطفة أو الصداقة، عدم القدرة على إقامة علاقات ثابتة نظرا لعدم قدرته على المثابرة، ونفاذ الصبر سريعا.

٢ـ **الانبساطية فى المزاج:** أى التعدد فى الصداقات والمعارف والاختلاط والمرح ولكن هذا التعدد ليس ثابتا وليس عميقا بل هو دائم التغير سطحى.

٣ـ **القابلية للإيحاء:** أى سرعة التأثر بما يقال وما يحدث، وسرعة اتخاذ القرارات دون أى موضوعية أو دون التأكد من صحة هذا الذى قيل أو حدث

٤ـ **الأنانية وحب الظهور:** أى حب النفس والمبالغة فى طريقة الكلام واللبس والتبهرج والعمل على لفت الأنظار، والمحاولات الدائمة فى أن يكون هو محور الاهتمام.

٥ـ **عدم التحكم فى الانفعال:** فهو متذبذب من الناحية الانفعالية من مرح وحماس ونشوة إلى اكتئاب وبكاء والرغبة فى الانتحار. وتتميز هذه الذبذبة بالتغير السريع والمفاجئ.

٦ـ **الاستفزاز الجنسى**: أى المحاولات الدائمة لجذب انتباه الجنس الآخر، وتفسير الأمور العادية بطريقة جنسية. والقدرة على التعبير عن العواطف، ورغم أن الشخصيات الهستيرية فى النساء اللاتى يتمتعن بهذه الجنسية المفرطة إلا أنهم يعانون من البرود الجنسى.

٧ـ **القدرة على الانفصال عن الشخصية**: وذلك عند الحاجة أى التحلل من الشخصية الأصلية وتقمص شخصية أخرى تتلاءم مع المواقف والظروف الجديدة والاندماج فى هذه الشخصية.

٨ـ **ومن ناحية التكوين الجسمى** : فنجد أنهم يميلون إلى النحافة، وحجم الجسم يمكن أن يشبه التكوين الواهن، ولكن ذلك لا يمنع من ظهور تكوينات أخرى.

٩ـ **ومن ناحية القدرات العقلية**: فهى غالبا فى معظم الأحيان تكون متوسطة الذكاء.

١٠ـ **من ناحية السن**: فهى تكثر فى الأطفال وفى سن البلوغ نظرا لعدم النضج الكامل للجهاز العصبى، وتزيد أيضا فى سن الشيخوخة بسبب خمود الجهاز العصبى عند المسنين. (٢٧ : ٦١ـ٦٢).

التصنيف الاكلينكى للأعراض:

يصنف عصاب الهستيريا إلى فئتين فرعيتين أصغر حسب الميكانيزم الغالب هما: النوع التحولى، والنوع الانشقاقى. ولكل من هاتين الفئتين أعراض مميزة نعرضها الآن:

أ ـ الهستيريا التحولية Conversion Hysteria:

فى هذا النوع يتحول القلق إلى أعراض وظيفية فى أعضاء أو أجزاء من الجسم بدلا من الإحساس به فى مجال الشعور، إما بشكل منتشر وعام كما فى عصاب القلق، أو بشكل محدد كما يحدث فى الرهابات المختلفة، ويختار العضو المعنى من تلك الأعضاء التى تغذى بواسطة الجهاز العصبى الحسى ـ

الحركى. ومن أمثلة الأعراض نجد العمى وفقد الإحساس والأحاسيس الزائفة والشلل والأتاكسيا (الخلجات Tics)، وغالبا ما يظهر المريض قلة فى الاهتمام أو هدوءاً نفسيا غير مبال فيما يتعلق بهذه الأعراض. ولابد أن نميز هذا النوع من العصاب عن الاضطرابات النفسفسيولوجية التى ينقلها الجهاز العصبى الذاتى والتى قد تحدث تغييرات تركيبية وكذلك يجب تمييز عصاب الهستيريا عن التمارض الذى يتم شعوريا، وأخيرا عن الإصابات العصبية التى تحدث أعراضا محددة تشريحيا.

ب ـ الهستيريا الانشقاقية (الانفصالية أو التفككية) Dissociative Hysteria

يتميز هذا النوع بتنويعة واسعة من الانشقاق المؤقت فى السلوك العادى مصحوبا بتغير ظاهر فى حالة الوعى، فحين يكون القلق عارما فإنه يحدث انشقاقا لبعض جوانب ووظائف الشخصية عن بعضها. وقد يكون الانشقاق عميقا لدرجة تغير من هوية المريض، والأعراض التى نقابلها فى هذه الحالة هى: النسيان المرضى Amnesia، والهياج Fugue، والتجلى Trance، والحالات شبه الحالمة Dream-like states، والتجوال الليلى Somnabulism، وازدواج الشخصية وتعددها Double and Multiple Personality. وفى بعض الأحيان قد يكتسب الانشقاق صفة ذهانية مما قد يحدث ـ أو يهدد بإحداث تفكك فى الشخصية، وفى هذه الحالة ينبغى اعتبار هذه الحالة ضمن الذهانات الموقفية والتفاعلية المزمنة. (الجمعية المصرية للطب النفسى ٥٩)

مصير المرض:

تشفى معظم الحالات خاصة اذا كانت قصيرة وفجائية، ويلاحظ أن من الأعراض ما تكون سريعة الشفاء (كفقدان الذاكرة أو الشرود الذهنى)، أما الحالات صعبة العلاج فهى الشلل والألام الجسمية (خاصة اذا كانت تحقق النفع الذاتى للمريض أقوى من الدافع إلى الشفاء)، كما يلاحظ أن نسبة الشفاء تزيد فى الرجال عنها فى النساء.

العــــــلاج: يتلخص علاج حالات الهستيريا فى الآتى:

١ـ الكشف عن العوامل اللاشعورية الدفينة المسببة للأعراض، ومعناها بالنسبة للمريض، ويتم هذا إما باستخدام طريقة التحليل النفسى، مع استخدام أسلوب التنويم المغناطيسى فى بعض الحالات التى يصعب فيها التعرف على أسباب المرض فى المريض.

٢ ـ أو استخدام طريقة التخدير من خلال حقنة الوريد (أميتال الصوديوم) أو (ميثدرين) أو من خلال استنشاق غاز ثانى أكسيد الكربون، أو أكسيد النيتروجين، وذلك لتسهيل عملية التفريغ الانفعالى خاصة فى حالات فقدان الذاكرة أو فقدان الصوت.

٣ ـ الإيحاء بالشفاء: أى يحاول المعالج حل صراعات المريض بطريقة غير مباشرة بعيدة عن أسلوب الوعظ والإرشاد، بل يعطى المريض فرصة لتكوين آرائه وحلوله الخاصة (٢٧ : ٨٨-٨٩)

ولكن هذا ليس كافيا فقد تظهر الأعراض مرة أخرى فى شكل آخر، ولتفادى حدوث هذا يجب البحث عن عمل تستغل فيه طاقته ويحقق له ذاته وثقته بنفسه ويصرفه عن تفكيره حول نفسه (١٢ : ١٦٣).

٤ ـ العلاج الكيمائى: ويستخدم فى بعض الحالات غرض التخفيف من حدة القلق والاكتئاب المصاحبة للأعراض الهستيرية (انظر أنواع العقاقير الخاصة بحالات القلق والاكتئاب).

٥ ـ العلاج بالصدمات الكهربائية: وتستخدم فى بعض الحالات خاصة (حالات الهذيان ـ وحالات الغيبوبة)، وتستخدم أحيانا صدمة واحدة لانهاء العرض، يبدأ بعدها العلاج النفسى.

وفى النهاية فإنه يجب عدم ادخال هؤلاء المرضى إلى المستشفيات لقابليتهم الشديدة للإيحاء والتقليد، مما قد يزيد من فرصة امتصاصهم

لأعراض الآخرين، ولهذا يجب علاجهم فى عيادات خاصة إلا فى بعض الحالات الشديدة مثل حالات (الشلل والعمى شبه الهستيرى).

ـ تمريض المريض بالهستيريا التحولية / الانشقاقية. ووضع الخطة السلمية لعلاجه:

أ ـ الهستيريا التحولية:

١ ـ تشجيع المريض على التصرف تصرفات ناضجة ومستقلة.

٢ ـ تحسين السلوك الإيجابى من هيئة التمريض تجاه المريض.

٣ ـ البعد عن التلاعب.

٤ ـ تقديم الرعاية الكافية والكاملة لحالة الاكتئاب لدى المريض.

٥ ـ مساعدة المريض فى الاشتراك فى نشاطات رياضية لزيادة تركيزه واهتمامه.

ب ـ الهستيريا الانشقاقية:

١ ـ البحث لاكتشاف المشاكل الكامنة خلف اضطرابه، ومحاولة الوصول إلى حل مرضى لها.

٢ ـ محاولة تجنب زيادة فاعلية العوامل الثانوية.

٣ ـ تحسين الاتجاهات الايجابية للممرضة، والطبيب تجاه المريض.

٤ ـ تدعيم وسائل تدعيم أسرة المريض.

ثالثاً: عصاب الوسواس القهرى

Obsessive Compulsive Neurosis

تمهيد: التعريف:

الوساوس فكرة متسلطة أو شعور ملازم أو انحفاز قسرى يحاصر المريض ويضيق عليه، فلا يستطيع أن يتخلص منه مهما بذل من جهدٍ ومهما حاول اقناع نفسه بالعقل أو المنطق. (٢٠ : ١٤١)، ويمكن تعريفه تعريفا مفصلاً فى التعريف الآتى: إن الوسواس القهرى مرض عصابى يتميز بالآتى:

(١) وجود أفكار واندفاعات أو مخاوف أو طقوس حركية مستمرة.

(٢) يقين المريض بتفاهة هذه الوساوس ولا معقوليتها، وعلمه الأكيد أنها لا تستحق منه هذا الاهتمام (وهنا أهمية تفرقتها عن الهذاء الذهانى أو الاعتقاد الخاطئ).

(٣) محاولة المريض المستمرة لمقاومة هذه الوساوس وعدم الاستسلام لها.

(٤) إحساس المريض بسيطرة هذه الوساوس وقوتها عليه مما يترتب عليه شلله الاجتماعى وآلام نفسية وعقلية شديدة. (٢٧ : ٩٦-٩٧).

أسباب الوسواس القهرى:

ليست الوساوس كلها نتيجة علة واحدة، ولا تخدم غاية واحدة، فهناك أسباب وتفسيرات مختلفة للوساوس القهرية نجملها فيما يأتى:

أولا: العوامل الوراثية والبيئية: العوامل الممهدة:

دلت الدراسات على أن العامل الوراثى يلعب الجانب الأهم فى نشأة الوسواس القهرى، ومن الأدلة على ذلك: أنه وجد أن أولاد المرضى بالوسواس القهرى يعانون من نفس المرض، وكذلك الأخوة والأخوات وباقى أفراد العائلة كانوا يعانون من الشخصية القهرية. (فقد ظهر فى بعض البحوث أن ثلث أباء المرضى، ١/٥ أبناءهم لديهم أعراض وسواسية. (٢٠ : ١٤٨)،

وفى دراسة أخرى وجد أن التاريخ العائلى لمرضى الوسواس القهرى فى مصر يظهر فى ٢٦ مريضا من ٨٤ حالة أى حوالى ٣٠٪ وهى نسبة قريبة من النسب الأخرى فى بلاد العالم (٢٧ : ٩٧).

وفى الوقت نفسه تدل أغلب الدراسات إن لم يكن كلها على أهمية البيئة التى ينشأ فيها الوسواسى، ولكن أثرها أقل فى الغالب من أثر الوراثة والتى لها الدور الأول)، وقد أجمع المحللون النفسيون على أن أسلوب التربية الصارمة والمتزمتة، والإلحاح الشديد على مراعاة الدقة والاستقامة والنظافة والنظام والتمسك بالمعايير الخلقية الجامدة والسلوك الناهى عن الانحراف. كل هذه عوامل تؤدى إلى حدوث حالات الوساوس القهرية. (ذلك أن كبت الدوافع والرغبات المحظورة كبتا عنيفا نتيجة تلك الأساليب القاسية فى التربية تولد فى النفس عقدة الذنب فإذا بالفرد يشعر بالذنب دون أن يدرى لماذا يشعر به، أو ما هى الذنوب التى اقترفها، وهنا يكون اللجوء إلى المرض وسيلة للتخفيف من وخز الضمير. فضلاً عن هذا فإن حالات الصراع النفسى التى تكون نتيجة رغبة الفرد فى إرضاء دوافعه وغرائزه ثم خوفه من عقاب الوالدين أو المجتمع أو الضمير تستنفد شطراً عظيماً من طاقته بسبب هذا الصراع مما يجعله عاجزاً عن تحدى الحياة ومواجهة صعوباتها.

رأى فرويد:

ذهب فرويد إلى أن هـــذا المرض ينشأ بسبب خبـــرة جنسية مكبوتـــة فتسبب ظهور الأعراض الوسواسية والنكوص إلى المرحلة الشرجية السادية، وبالتالى تتصف شخصية المريض بنفس سمات الشخصية التى تتصف بحب النظام والنظافة والبخل فالوسواس يتصرف كأنه شخص يلتمس الأمن فى النظام والنظافة والتدقيق فيها، ويرى فى الخروج عليها تهديداً لأمنه (٢٠ : ١٥٠).

رأى باڤلوف:

يشير باڤلوف إلى وجود خلل فى العلاقة بين جهازى الإشارة الأول والثانى وسيطرة الثانى. وبالتالى اضطراب العلاقة بين القشرة المخية وطبقات ما تحت القشرة (١٢ : ١٦٧).

أسباب فسيولوچية:

هناك من الشواهد والملاحظات ما يؤكد احتمال نشأة المرض على أساس فسيولوچى منها:

١ ـ ظهوره فى الأطفال بطريقة غير عادية (حيث لم يكتمل نضج الجهاز العصبى).

٢ ـ وجود اضطرابات فى رسام المخ الكهربائى لهؤلاء المرضى وبطريقة متكررة.

٣ ـ ظهوره مع بعض أمراض الجهاز العصبى مثل (الحمى المخية، والصراع النفسى الحركى).

وقد اختلفت الآراء فى تفسير هذا الأساس الفسيولوچى. فذهب البعض إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة فى لحاء المخ، وتسبب هذه البؤرة حسب مكانها فى (اللحاء) فكرة أو حركة أو اندفاعاً، وتستمر هذه الدائرة رغم مقاومة الفرد لها، ورغم استمرار نشاطها فهى تظل على اتصال دائم ببقية الدوائر الكهربائية فى اللحاء، ولهذا يدرك الفرد عدم صحة هذه الفكرة لأن بقية اللحاء أو مراكز الفكرة تقاوم هذه البؤرة فهى ما تزال متصلة بها.

هذا بعكس حالات الهذاءات (هذاء العظمة أو الاضطهاد) فبسبب أن بؤرة كهربائية نشطة فصلت نفسها عن باقى الدوائر الكهربائية فى اللحاء، لذا فهو يؤمن بصحتها نظراً لعدم وجود ما يقاومها فى المخ. (٢٧ : ٩٨).

أسباب أخرى:

يذكر «إهرنوالد» ١٩٦٠ أن أنماط السلوك الحوازى قد تنتشر بين

أفراد الأسرة وفى المجتمع عن طريق العدوى. أى اشتراك عدد من الأفراد فى سمات أو اتجاهات مرضية غير مقبولة (وهذا ما يؤكد أثر العوامل البيئية). (١٢ : ١٦٦).

سمات الشخصية الوسواسية:

هناك سمات تتميز بها شخصية الوسواسى نلاحظها فيما يلى:

١ ـ الصلابة وعدم المرونة وتتمثل فى صعوبة التكيف والتأقلم للظواهر المختلفة.

٢ ـ حب النظام والروتين وضبط المواعيد. والدقة فى كل الأعمال.

٣ ـ الاهتمام بالتفاصيل، والحساسية الخلقية المرهفة.

٤ ـ الشكوى من بعض الاضطرابات مثل: القلق النفسى، توهم العلل البدنية، عصاب الوسواس القهرى (الأفكار، الأفعال، المخاوف، الاندفاعات الوسواسية القهرية)، اكتئاب سن اليأس.

٥ ـ اختلال الأنا والشعور بالتغير فى النفس، وأحياناً الإحساس بأن العالم قد تغير.

٦ ـ الشكوى من الأمراض السيكوسوماتية (٢٧ : ٩٨).

إنهم قوم فضلاء لكنهم ليسوا سعداء. فليس الخلق الرفيع دليلا على الصحة النفسية دائماً. (٢٠ : ١٤٧).

الأعراض الإكلينيكية:

نستطيع أن نقسم هذه الأعراض إلى الآتى:

١ ـ **الأفكار أو الصور الوسواسية**: وهنا تسيطر على المريض فكرة أو صورة خاصة جيدة أو كريهة، أو جمل معينة تتردد على مخه، أو نغمة موسيقية فى تفكيره، وقد تستمر هذه الفكرة أو تلك الصورة أو النغمة، وتظهر فى الأحلام أيضاً.

٢ ـ **الاندفاعات** Impulses، وهنا يشعر المريض الوسواسى برغبة ملحة بأن

يقوم بأعمال لا يرضى عنها ويحاول مقاومتها والسيطرة عليها ولكن دون جدوى، وتظهر هذه الاندفاعات فى صورة عدوانية (الاعتداء على الآخرين) أو الاعتداء على النفس بالانتحار.

٣ - **الطقوس الحركية:** وهنا يشعر المريض بالرغبة الجامحة فى القيام بحركات معينة بشكل متكرر. وشاذ مثل غسيل الأيدى مئات المرات. أو غسيل الجسم بعد عمليات التبول، وقد وجد د. أحمد عكاشة فى دراسة لهذا المرض فى مصر أن أغلب المرضى من هذا النوع يغلب عليهم طابع الطقوس الحركية خصوصاً ما يتعلق منها بالنظافة والتلوث، وأرجع ذلك بأن له صلة وثيقة بتعاليم الدين الإسلامى. وهنا ترتبط هذه العملية الوسواسية (بالحلال والحرام).

٤ - **المخاوف القهرية:** وترتبط هذه المخاوف بالأعراض السابقة، (الأفكار والصور والاندفاعات والطقوس الحركية ـ التى سبق شرحهلـ. ومنها الخوف من الأماكن مثل دور العبادة أو المطابخ. وهى انعكاسات للأعراض السابقة.

٥ - **اجترار الأفكار:** وهنا ينتاب الوسواسى أفكار وأسئلة لا يمكن الإجابة عنها مثل إذا كان الله خلقنا فمن الذى خلقه؟، ولا يستطيع التخلص من هذه الأفكار، ولا يحتل تفكيره سوى هذا السؤال ويقع فريسة الإجابة عنه، ولا يستطيع القيام بأى نشاط ذهنى آخر.

٦ - **الأفعال القسرية المناهضة للمجتمع:** منها ما أسماه «روث» مجموعة أعراض القلق الخوفى واختلال الأنية وتشمل (قلق، مخاوف مرضية، دوار. توهم علل مرضية، أعراض اكتئابية وهستيرية مع الشعور بأن الأشياء تكبر عن حجمها العادى، ومنها أيضاً جنون السرقة Klepto-mania فيكون عندهم رغبة ملحة فى السرقة ومنها جنون الشراب والجنون الجنسى.

ومما سبق يتضح أن الأعراض المرضية الوسواسية مرتبطة بعضها ببعض ارتباطاً وثيقاً وأن الصفة المشتركة بينها هى طابع القهر والإجبار.

التشخيص المقارن:

في تشخيص أعراض الوساوس القهرية يجب أولا أن نفرق بين الأعراض الوسواسية الأولية القهرية وبين الأعراض الثانوية للأمراض الأخرى.

ففى الأمراض التى تصاحبها الأعراض الوسواسية ـ الذهان الدورى (ذهان هوس الاكتئاب) واكتئاب سن اليأس، وأيضاً تظهر بكثرة مع الأمراض العضوية مثل الحمى المخية، إصابات الفص الصدغى فى المخ... وأيضاً يبدأ الفصام بأعراض قهرية.

ولمعرفة ما إذا كانت هذه الأعراض هى أعراض أولية لمرض الوسواس، أم أنها أعراض ثانوية لأمراض أخرى يجب الاستماع وفحص المريض جسمياً ونفسياً بدقة شديدة، فإذا كانت الأعراض الوسواسية هى المسيطرة على باقى الأعراض وليست هناك أمراض عضوية فإن ذلك يعنى أنها حالة وسواسية.

أما إذا كانت الأعراض الوسواسية هى أحد الأعراض السائدة وتصاحبها أعراض فسيولوچية وسيكولوچية أخرى لواحد من الأمراض السابقة فإن ذلك يعنى أنها أعراض ثانوية لمرض نفسى أو عقلى يجب تحديده.

ولتحديد علاقة هذا المرض بباقى الأمراض النفسية والعقلية يجب تحديد طبيعته حتى تسهل عملية التشخيص، وبالتالى يكون العلاج مثمراً. أما عن طبيعة هذا المرض فقد اختلف العلماء فى ذلك، فيرى البعض وصفه مع الذهان نظراً لأن بعض حالات الوسواس القهرى تتحول أحياناً إلى أمراض ذهانية بينما يذهب البعض الآخر إلى أنه عملية دفاعية ضد الذهان.

وقد لاحظ د. أحمد عكاشة هذه الظاهرة فى مرضاه، فقد يبدأ المريض بالمعاناة من أعراض فصامية وإذا عولج من هذا عاد يشكو من الوساوس القهرية، أى أنه يتحرك من حالة الوسواس إلى حالة شبه فصامية. وتختلف نسبة هذا التحول ففى الخارج تكون حوالى ١-١٢٪، بنيما فى مصر تصل إلى (٨٪ فقط). ويختلف العلماء فى تفسير هذا التحول ويعتقد ودورث

١٩٦٠ أن الذهان الناتج عن الوسواس القهرى يختلف أساساً عن الفصام، ويحتمل أن يكون نوعاً مستقلا من الذهان له مسبباته البيئية، ومصير مختلف عن الفصام، ويمكن تسميته (الحالات شبه الفصامية) ويمكن التمييز بينها وبين حالات الفصام الحقيقية بأنــه فى الحالات الشبــه فصامية تستمر شخصية المريض متكاملة دون أن يحدث أى تدهور أو اختلال فى سلوكــه أو فى شخصيتــه، وهذا بالطبع يختلف عما يحدث فى حالات الفصام (٢٧ : ١٠٩).

مصير الوسواس القهرى:

كان ينظر سابقاً لمصير الوسواس القهرى على أنه أسوأ من باقى الأمراض العصابية، ولكن الأبحاث الحديثة أثبتت أن سير المرض يوازى باقى الأمراض العصابية، وأن حوالى من نصف إلى ثلث الحالات تشفى فى غضون ٥ سنوات، كما اتضح فى دراسة جريمشوا Grimshaw ١٩٦٥ أن الأعراض قد تحسنت فى حوالى ٦٤٪ من الحالات وأن نسبة تصل إلى ٧٧٪ قد بلغت حداً معقولا من التكيف الاجتماعى (١٢ : ١٦٦).

علاج الحالات الوسواسية:

فى علاج هذه الحالات تستخدم طرق العلاج المختلفة (العلاج النفسى، والعلاج البيئي والكيميائى، والكهربائى، والسلوكى، والعلاج الجراحى، فمثلا :

(١) يستخدم أحياناً العلاج النفسى فى علاج بعض الحالات وذلك للتخفيف من الأعراض، ولتقليل آلام المريض، وذلك عن طريق تفسير طبيعة المرض، وتشجيع المريض وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون، وكذلك التقليل من خوفه على ملكاته العقلية. إلا أنه نادراً ما يستخدم هذا النوع من العلاج ويستبدل عنه بالعلاج النفسى المباشر نظراً لما يتطلبه التحليل النفسى من الوقت والجهد والمال. ولوجود بعض

الصعوبات التى تواجه المحلل مع هؤلاء المرضى ـ والتى لخصها فينكل ١٩٣١ فيما يلى:

١ ـ صعوبة عملية الطرح وبالتالى عدم وجود الألفة العاطفية بين المريض والمحلل.

٢ ـ التغير المستمر فى أعراض المريض مما يجعل الاستمرار فى تحليل الأعراض صعباً إلى حد ما.

٣ ـ لا يستطيع المريض الاسترخاء التام لعملية التداعى الطليق نظراً لملاحظته الدائمة لكلامه وسلوكه ونقده الذاتى، وتلك هى طبيعة الشخصية القهرية.

٤ ـ يعتمد المحلل فى علاجه على استعمال الجزء الكامل من شخصية المريض. وفى حالات الوساوس المزمنة تكون الشخصية قد تداخلت بشكل يصعب فصل جزء متكامل للاستفادة منه فى التقدم فى العلاج (٢٧ : ١٠٩-١١٠).

(٢) العلاج البيئي والاجتماعى: لإبعاد المريض عن مصدر الوسواس ـ ولكنه علاج مؤقت يمكن أن يعود ثانية بالرغبة فى تغيير البيئة، فهو لا يستأصل المرض جذرياً وإنما يعالجه علاجاً مؤقتاً.

(٣) العلاج الكيميائي: يعطى المريض بعض العقاقير للتخفيف من آلام المريض مثل: العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب.

(٤) العلاج الكهربائي: لا يفيد فى العلاج التام، ولكنه يسهم فى تقليل الأعراض، ولا يستخدم إلا فى حالات خاصة يخشى منها على صحة المريض النفسية.

(٥) العلاج السلوكى: ويصلح بوجه خاص مع المخاوف القهرية.

(٦) العلاج الجراحى: ويستخدم فى حالات فشل سبل العلاج الأخرى، ولا يؤدى هذا العلاج إلى شفاء الوسواس من أصله، ولكنه يجعل المريض لا يكترث بها. ولا يصاحبها حينئذ أى قلق أو توتر، ومن ثم

ستجعل منه ثانية عضواً نافعاً فى المجتمع. وتأتى الجراحة بأحسن نتائجها فى حالة إذا ما هاجم الوسواس الفص الجبهى (٢٧ : ١٠٩-١١٠).

تمريض المريض بالوسواس القهرى، ووضع الخطة السليمة لعلاجه:

١ ـ مساعدة المريض على تقليل مشاعر القلق. وإكسابه السيطرة على تصرفاته الفجة.

٢ ـ مساعدة المريض على التعبير عن مشاعره.

٣ ـ الاتصال مع عائلة المريض ومساعدتهم.

رابعًا ـ استجابة الخوف
Phobic Reaction

تمهيد:

* المخاوف الشاذة أو الفوبيا هى خوف مرضى من شىء معين أو فعل معين لا يثير الخوف فى العادة عند أغلب الناس، فهو خوف دائم لا يعرف الفرد له سبباً أو مبرراً موضوعياً كما لا يستطيع ضبطه والسيطرة عليه بالإرادة. (٢٠ : ١٠٥) وفى الوقت ذاته يشعر أن سلوكه فى بعض المواقف يثير القلق، ويعمل على إثارة ضحك الآخرين. (٣٠ : ٢٣٨).

ويجب ملاحظة أنه على الرغم من أن الفرد فى حالات الخوف المرضى لا يعرف السبب أو المبرر الموضوعى لحالته هذه ـ كما أوضحنا ـ فإن المريض يعلم تماماً عدم جدواه، وأنه لا يوجد خطر عليه فى تعرضه لهذا المنبه، إلا أنه لا يستطيع التحكم فيه أو ضبطه (٢٧ : ٩٢)، ولعل السبب فى عدم إدراك الفرد سبب هذا الخوف ـ إن هذا المرض (كما ذهبت إلى ذلك المدرسة السلوكية) .هو نوع من التعلم الشرطى ـ ارتبطت فيه أحداث الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلى بإحداث مثير آخر غير طبيعى (شرطى) ـ حادثة قديمة مرّ بها المريض فى طفولته ـ فأصبح المثير الشرطى يفعل ما يفعله المثير الأصلى والطبيعى. ونظراً لأن هذه العلاقة لا تكون واضحة (فى الغالب) فى ذهن الفرد، لهذا فهو يستجيب لمؤثرات المثير الشرطى دون أن يعرف العلاقة بينهما، من هنا جاء جهله بالأسباب. (٣٠ : ٢٤٠).

أنواع استجابات الخوف:

المخاوف المرضية هى : الخوف من المرتفعات Acrophobia، الخوف من الأماكن المفتوحة Agorophobia ، الخـــوف من القطط Allurophobia ، الخوف من الزهور Amphobia، الخوف من الناس Anthrophobia ، الخوف من الماء Aquaphobia، الخوف من البرق Astrophobia ، الخوف من الرعد

Prontophobia الخوف من الأماكن المقفلة Claustrophobia، الخوف من الكلاب Cynophobia ، الخوف من الحصان Equmophobia، الخوف من السحالى Herbetophobia، الخوف من الصاعقة Keraunophobia ، الخوف من الميكروبات Mysophobia، الخوف من الجسد الميت Mecrophobia، الخوف من العدد Numerophobia، الخوف من الظلام Nyctophobia، الخوف من الثعابين Ophidiophobia ، الخوف من النار Pyrophobia، الخوف من الحيوان Zoophobia. (٣٠: ٢٣٩).

وتصنف الفوبيات عادة إلى صنفين:

١ ـ الفوبيات الهستيرية، وترجع إلى انطلاق خوف مكبوت.

٢ ـ الفوبيات الوسواسية، وترجع إلى خوف الفرد من عواقب رغباته المحظورة (الجنسية والعدوانية). (٢٠ : ١٥٦)

تشخيص حالات الفوبيا:

يجب عدم التفرع فى تشخيص حالات الخوف المرضى، لأنها تظهر مصاحبة لأمراض عدة منها :

١ ـ القلق وتسمى فوبيا القلق أو القلق الخوفى Phobic Anxiety،

٢ ـ الفصام (ولاسيما فصام المراهقة).

٣ ـ فى مرض الوسواس القهرى.

وإذا ظهر بعد سن الـ ٤٠ فيجب الشك فى أنه حالة اضطراب وجدانية (مثل ذهان المرح والاكتئاب، أو اكتئاب سن اليأس) ، كما قد يكون أعراض لحالات فرعية، أو عرض لوجود مرض عضوى فى الجهاز العصبى مثل تصلب شرايين المخ.

العـــلاج :

يعتمد العلاج على سببه الأولى: نفسى/ عقلى/ عضوى.

تمريض المريض بالمخاوف. ووضع الخطة السليمة لعلاجه:

١ ـ مساعدة المريض على التغلب على حالة الخوف، وتجنب المواقف المخيفة.

٢ ـ إقامة رسم توضيحى، توضح عليه أقل وأكثر أسباب وحالات القلق للمريض.

٣ ـ ضرورة تعليم المريض كيفية الاسترخاء العضلى.

٤ ـ زيادة تفاعل المريض مع المحيطين به، ومع المجتمع خارج المنزل لزيادة إحساسه بالأمان وعدم الخوف.

خامساً ـ الإعياء النفسى
Neuraesthenia

تمهيد: التعريف:

كانت النيوراستنيا تطلق قديماً على الحالات العصابية النفسية التى تصاحبها أعراض جسمانية، ثم أصبحت تطلق على الحالات التى تبدو فيها على الفرد أعراض تشبه الإجهاد العقلى والجسمانى، فيكون المريض فى حالة من الخمول والكسل والتعب المستمر مع عدم القدرة على الاسترخاء ـ واستحالة النوم. وإذا نام لا يشعر بعمق النوم ويستقيظ فى الصباح مجهداً. ويكون المريض دائماً شاحب اللون مجهداً، وإذا أجبر على العمل تصبب العرق وتخاذلت قواه العضلية، كما يكون غير قادر على التركيز ودائم القدرة وفاقد القدرة على النشاط.

وكان أول من أطلق هذا الاصطلاح على مجموعة هذه الأعراض المرضية هو (بيرو) وذلك فى عام ١٨٨٠ وكان أساس التسمية مشتق من فهمه للمرض (إعياء عصبى) بسبب الإجهاد الناتج عن إصابة الجهاز العصبى. بسبب التغيرات الكيمائية التى تحدث فى الكائن الحى وتصيب أول ما تصيب الجهاز العصبى، ولذلك يمكن أن يرادف مفهوم الإعياء النفسى مفاهيم الوهن النفسى، النيوراستنيا.

أعراض المرض:

تتلخص الأعراض الأساسية لهذا المرض فيما يلى:

١ ـ الضعف العام، والتعب لأقل مجهود مبذول؛ والشكوى من التعب بدون سبب ظاهر.

٢ ـ الشعور بالضيق والتبرم وعدم الرغبة فى أى عمل من الأعمال التى توكل إليه.

٣ ـ عدم القدرة على مواصلة التفكير فى موضوع معين.

٤ ـ صعوبة التذكر والتركيز.
٥ ـ البلادة الزائدة وتوقع الانهيار فى كل وقت.
٦ ـ الحساسية الزائدة للمنبهات الطبيعية.
٧ ـ الأرق. وهو ناتج عن الصراع الذى يهدد حياته النفسية.
٨ ـ الصداع ويكون على شكل ضغط أحياناً.
٩ ـ توهم المرض. (٣٠ : ٢٣٢-٢٣٣).

أسباب المرض: التفسيرات المختلفة لهذا المرض

١ ـ **التفسير العصبى** : ظل الاعتقاد قديماً لمدة طويلة بأن الضعف العام للجهاز العصبى هو عن تعرض الفرد للصراع لمدة طويلة. وما ينتج عنها من تغيرات كيميائية تتسبب فى ضعف الجهاز العصبى. ومن هناء جاءت تسمية المرض كما ذهب «بيرو».

ولكن اتضح خطأ هذا الاعتقاد، وأصبح الرأى الغالب بأن هذا المرض لا يكون نتيجة لإصابة الخلايا العصبية بدليل :

(١) أن المريض بهذا المرض يشعر بالتعب والإنهاك الشديد عند مزاولته لأيسر الأعمال.

(٢) فضلا عن أنه إذا وفرنا له راحة جسدية طويلة ما أغنى ذلك شيئاً، فى حين لو وفرنا له فرص للاستمتاع لقام بها دون أن يشعر بأى تعب.

٢ ـ **التفسير العضوى** : ثم ذهب العلماء إلى أن سبب المرض يرجع إلى خطأ فى التركيب العضوى لبعض الأعضاء ، وخاصة القلب والأوعية الدموية.

٣ ـ **التفسير الفرويدى**: ذهب فرويد إلى أن المرض ينشأ بسبب ممارسة العادة السرية وما يحدث عن هذه العادة من أضرار للأعصاب، إلا أن هناك آخرين فى مدرسة التحليل النفسى يشيرون بأن ما يترتب على ممارسة تلك العادة من مشاعر ذنب وصراعات تثقل من كاهل الفرد هى التى

تدفع به إلى هذه الأعراض المرضية والتى تكون مصاحبة لرغبته فى الخلاص من ممارسة تلك العادة.

٤ ـ **التفسير البيئى**: ذهب البعض إلى أن أسباب الشعور بالتعب والإنهاك بشكل مرضى إنما هو سلوك مكتسب ـ متعلم ـ يتعلمه الصغار والكبار وكوسيلة نفعية من موقف عريب، أو عذر للآخرين فى أن يبذل الجهد أو كعذر يبرر له الفشل الذى صاحب جميع ما يقوم به من أعمال. (أى أن الشكوى المرضية هنا عبارة عن وسيلة للتكيف) كما كان يفعل الكبار في الأسرة.

٥ ـ **آراء أخرى**: تعرض الفرد للمواقف الإحباطية وما ينشأ عنها من صراع نفسى عنيف يستنفد طاقة الإنسان فلا يستطيع القيام بأى عمل. وتلاحظ هذه العوامل فى الرجال أكثر من النساء، أن المرأة تكون معظم اليوم سيدة أمرها ولا مجال للتنافس فى عملها، كما أن تبعيتها لزوجها تختلف عن تبعية الرجل لرؤسائه، فضلا عن أن تبعية الأطفال للأم هى نوع من الشعور بالسيطرة (٣٠ : ٢٣٦).

٦ ـ **رأى باڤلوف**: أرجع هذا المرض إلى ضعف عملية الكف الداخلى فى المخ فيؤدى إلى اضطراب المراكز العصبية، وتقل كفاءة الخلايا العصبية مما ينتج عنه الإجهاد السريع (١٢ : ١٦٩) والسبب فى ضعف عملية الكف هذه هى تعرض الفرد للإجهاد الحسى الفكرى وعدم الراحة والضغوط الانفعالية الطويلة والمستمرة ،عدم كفاية النوم.

٧ ـ **الإعياء النفسى فى ضوء التحليل العاملى**: يلاحظ أن هذا الشكل من أشكال الاضطراب النفسى يرتبط ارتباطاً واضحاً بمقاييس : التوافق الصحى، الانحراف السيكوباتى، توهم المرض، الهوس الخفيف، الهستيريا، الذهانية، تلك كانت الارتباطات الملاحظة على هذا العامل، وكلها ارتباطات جوهرية ظهرت فى تشبعات العامل المستخلص والذى أمكن تحديد هويته فى ضوء تلك التشبعات على أنه عامل الإعياء النفسى أو الوهن النفسى.

وبالنظر فى تلك التشبعات العاملية لتلك الاختبارات نجد أنها تشير إلى زملات أعراض معينة تميل بالفرد إلى ما يطلق عليه اصطلاحياً «عامل النقص أو النيوراستنيا أو الوهن النفسى» فنلاحظ أن مقاييس (الهستيريا، توهم المرض، التوافق الصحى، الذهانية، الهوس الخفيف، الانحراف السيكوباتى) كل هذه مقاييس تحمل فى طياتها توتر نفسى مرتفع أو عصابية واضحة، عدم نضج فى مواجهة الواقع، عدم الاستجابة للمشكلات استجابة تتميز بالفهم والاستبصار، كما أن تلك الاختبارات إنما تشير إلى استجابة الأفراد نحو أنفسهم من الناحية الفسيولوچية من سوء توافق صحى واضح يعتريها. كل هذا يحمل فى مضمونه الشعور بالنقص، فقدان الثقة بالنفس والخضوع للآخرين، وعدم اتخاذ موقف ثابت بإزاء مواقف البيئة الخارجية للشخص ذاته أو موقف موضوعى مناسب منها. ولذا يصلح هذا العامل إطاراً لتفسير جانب من السلوك.

العلاج:

١ ـ يحتاج هؤلاء المرضى إلى العلاج النفسى، والعلاج البيئي والاجتماعى، وأيضاً العلاج الكيميائي (إذ تعطي له مضادات القلق والاكتئاب الكيميائية ـ والمهدئات لتقوية عمليات الكف لاستعادة الخلايا العصبية لكفاءتها.

سادساً : استجابة الاكتئاب النفسى
Depression Reaction

تمهيد:

يصاب كل عام ما لا يقل عن مائة مليون شخص فى العالم بالاكتئاب الذى يمكن تمييزه إكلينيكياً، ومن المرجح أن يزداد هذا العدد لأسباب عديدة منها:

١ ـ أن متوسط العمر المتوقع لأفراد المجتمع أخذ فى الزيادة فى أغلب بلدان العالم، ومن ثم فإن كلا من الأعداد المطلقة للمعرضين للإصابة بالاكتئاب ونسبهم تتزايد أيضاً تبعاً لذلك.

٢ ـ أن الأفراد يعيشون اليوم فى بيئة اجتماعية وطبيعية سريعة التغير تتسبب فى كثير من الأحيان فى حدوث اضطراب نفسى اجتماعى حاد أو ممتد، وقد تؤدى إلى ردود أفعال اكتئابية.

٣ ـ هذا فى الوقت الذى تأخذ فيه الإجراءآت الوقائية التقليدية لأفراد المجتمعات المختلفة فى الانهيار، ويتعرض فيه كثير من الناس للآثار المقلقة الناجمة عن فقد الاستقرار والتفكك الأسرى والعزلة الاجتماعية ـ ويعد هذا سبب لزيادة انتشار الاضطرابات الاكتئآبية كاستجابة للعوامل النفسية الاجتماعية الضاغطة.

٤ ـ هناك الآن زيادة مطردة فى الأمراض الناجمة فى الحالات المزمنة من الأمراض القلبية الوعائية، وأمراض المعدة والأمعاء والاضطرابات المخية وغيرها من الاضطرابات العصبية، وقد تبين أن هذه الأمراض والاضطرابات مرتبطة بردود الفعل الاكتئابية فى حوالى ٢٠ ٪ من جميع الحالات.

فإذا ما استمر انتشار هذه الاضطرابات العضوية فى التزايد (وهو أمر محتمل مع زيادة أعداد السكان المعمرين) فإنه يجب أيضاً توقع حدوث زيادة فى انتشار الاضطرابات الاكتئابية الجسمية المنشأ.

٥ ـ ومن أسباب الزيادة المتوقعة فى انتشار الاضطرابات الاكتئابية هو الاستخدام الشديد التزايد للكحول ولمجموعة من الأدوية... فهناك عقاقير معينة يتزايد استهلاكها الآن باطراد ومن المعروف أنها تعجل بظهور الاكتئاب ـ أو تزيد من خطورته وحدته، ومن بين هذه العقاقير المسكنات والمهدئات ومضادات ارتفاع ضغط الدم وشتى المستحضرات الهرمونية المتنوعة.

تعريف الاكتئاب:

الاكتئاب هو حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا، وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه فى مواجهة المستقبل، وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة فى التركيز، والشعور بالذهان التام مع اضطراب فى النوم والشهية للطعام وأحلام مزعجة.

وتحدث استجابة الاكتئاب فى المواقف العصبية الشديدة فى الشخصية المتكاملة السوية، وفى المواقف البسيطة فى الشخصية العصابية المهيئة لذلك. وهناك فارق بين استجابة الاكتئاب والاكتئاب الذهانى.

فيذهب البعض إلى أن الاكتئاب النفسى هو نفسه الاكتئاب الذهانى، ولكن تختلف شدته، وأنه تغير كمى وليس تغير كيفى، بنيما يذهب بعض آخر من العلماء إلى أن استجابة الاكتئاب تختلف فى أسبابها وأعراضها وعلاجها عن الاكتئاب الذهانى وهناك من الأدلة مايؤيد هذا الرأى (١١٢:٢٧)

وفى تشخيص الاكتئاب:

يلاحظ أن تشخيص الاكتئاب هو أمر فى غاية الصعوبة لأنه عادة ما يصاحب العديد من الاضطرابات العصابية (كالقلق والهستيريا) وكثيراً من اضطرابات الشخصية وكذلك العديد من الاضطرابات العضوية خصوصاً تصلب شرايين المخ، وأمراض الجهاز العصبى، والقلب... إلخ، ولهذا يجب

الحرص فى التشخيص حرصاً على الدقة وتحديداً لطرق العلاج المناسب لكل حالة من حالاته.

العــــلاج:

يشبه العلاج هنا العلاج فى حالات القلق (ويستخدم العلاج النفسى والبيئى والكيمائى، بإعطاء المريض المهدئات أو المضادات لحالات القلق والاكتئاب، أما العلاج بالجلسات الكهربائية فلا مجال لها هنا إلا فى بعض الحالات الشديدة التى تكون فيها سلامة المريض النفسية مهددة بالخطر. (٢٧: ١١٤).

الخطة التمريضية الموضوعة لعلاج مريض الاكتئاب بنوعيه:

١ - الاكتئاب التفاعلى أو النفسى:

(أ) مساندة المريض وأسرته، ومساعدته على حل مشاكله.

(ب) مراقبة المريض لاحتمال ظهور أى علامات تدل على زيادة اكتئابه.

(ج) تفسير مشاعر المريض لأقاربه وأسرته.

٢ - الاكتئاب الذهانى:

(أ) منع المريض من الانتحار، وتوفر بيئة آمنة له وإشعاره بقيمته الشخصية.

(ب) تقليل إحساسه بالحزن ومساعدته على الحفاظ على نفسه.

(ج) الاهتمام باحتياجات الغذائية وتشجيعه على النوم.

(د) تنظيم عملية الإخراج للمريض.

(هـ) السماح للمريض بالتعبير عن نفسه، وإشراكه فى الأنشطة الرياضية.

(و) تقديم الرعاية له خلال العلاج بالصدمات الكهربائية Electro-convulsive Therapy.

سابعاً : أنماط أخرى من الاضطرابات العصابية

المريض المتهيج

Overactive

يلاحظ أن حالات التهيج أو حالات النشاط الزائد Overactive تكون دالة أو نتيجة لعدد من الاضطرابات النفسية والجسمية تتفاوت فى درجتها وشدتها وديمومتها، ومنها القلق الزائد، زيادة فى إفرازات الغدد الدرقية، وقد تكون إصابات فى الجهاز العصبى المركزى،... إلخ. وفى هذه الحالة يأتى المريض بنشاط جسمى ـ وعقلى زائد، منها : القلق، عدم الهدوء ، عدم القدرة على الجلوس فى مكان واحد لمدة طويلة، سهولة تشتت الانتباه، ينتقل فى كلامه بسرعة من موضوع إلى آخر، أحياناً ما يكون مرحاً ومسلياً وأحياناً أخرى يكون فى حالة هياج وعدوانية، خاصة عند إحساسه بأن سلوكه مرفوض من المحيطين به.

كما يلاحظ لدى هؤلاء المرضى رغبة جنسية قوية مما يدفع بهم إلى سلوك جنسى منحرف، ومن صفاته أيضاً وجود أفكار العظمة كجزء من تفكيره ويكون متفجر بالطاقة والحماس لجعل تلك الأفكار حقيقية، كما أن بعض هؤلاء المرضى يتخيلون أن لديهم ثروة كبيرة، كما يكون لديهم ثقة زائدة فى أنفسهم وفى قدراتهم، ولكن الحكم على الأمور عند هؤلاء المرضى يكون ضعيفاً.

تمريض المريض المتهيج، ووضع الخطة السليمة لعلاجه:

١ ـ وضعه فى بيئة خالية من الإثارة، وبالتالى إعطاءه فرصة للنوم.
٢ ـ المشاركة فى نشاطات المريض، والتدخل فى الحالات الحرجة.
٣ ـ اعطاءه الغذاء اللازم والمناسب، وكذلك السوائل.
٤ ـ تشجيعه على الاهتمام بنظافته الشخصية.
٥ ـ تنظيم عملية الإخراج لديه.

٦ ـ إعطاءه الدواء ، والتأكد من تناوله فى مواعيده.
٧ ـ مراقبة المريض وتسجيل حالته المزاجية.
٨ ـ منع التصرفات العنيفة والعدوانية.
٩ ـ مساعدته على الرجوع لدوره الطبيعى فى أسرته.
١٠ ـ منع المريض من إقناع نفسه بأفكار العظمة.

المريض المنعزل أو المنطوى

Withdrawn

الإنسان المنعزل أو المنطوى على نفسه هو الشخص الذى يتراجع عن إقامة علاقات اجتماعية راضية ومرضية بينه وبين الأفراد الآخرين فى بيئته، ويلاحظ أن هذا المريض يكون منعزلا عن الآخرين، غير مهتم بالبيئة المحيطة به وما ينتظمها من مؤثرات، يرفض الاشتراك فى أى محادثة ويفضل السكوت وعدم الحديث.

والانطواء Introversion عرض مشترك يوجد فى العديد من الأمراض النفسية ولكنه يميز خاصة مرضى انفصام الشخصية، وهو مرض نفسى خطير يتميز بانفصال بين الفكر والمشاعر، ويكون هناك نزعة للانسحاب من الواقع إلى الخيال.

تمريض المريض المنطوى أو المنعزل، ووضع الخطة السليمة لعلاجه:

١ ـ منع المريض من البعد عن التعامل مع الأفراد الآخرين فى البيئة التى يوجد فيها.

٢ ـ أن نقوم بدفعه للإحساس بشخصيتة المتكاملة.

٣ ـ توجيه اهتمامه إلى العالم الحقيقى الواقعى الذى يعيش فيه.

٤ ـ إشراكه فى نشاطات اجتماعية ورياضية وترفيهية مختلفة.

٥ ـ تشجيعه على الاهتمام بنفسه.

٦ ـ إدخاله فى دروس إعادة التأهيل لإكسابه مهمة معينة.

٧ ـ مساعدة الأسرة على التعامل معه.

٨ ـ منعه من العزلة فى داخل المؤسسة.

٩ ـ أن نشركه فى علاقات شخصية تقلل من إحساسه بالانزواء من الاتصالات الاجتماعية.

مرضى الشك
Suspicious

فى هذه الحالة يكون المريض مقتنعاً بأن الأفراد الآخرين يفعلون أشياء ضده بطريقة عدوانية وتأتى هذه المشاعر عبر المواقف اليومية التى يتعرضون لها، ويلاحظ أن تلك المشاعر تكون جزءاً من شخصيتهم، فالمريض يكون حساساً جداً وشكاكاً فى دوافع الأفراد الآخرين، يكون له عدد قليل من الأصدقاء. ويلاحظ أن المرض الجسمى يكون عامل مساعد فى مرض الشك يدفع بالمريض إلى الانعزال، والارتياب فى مشاعر ودوافع الآخرين. وغالباً ما نلاحظ تلك المشاعر بعد سن الأربعين.

الخطة التمريضية لعلاج مريض الشك:

١ - تكوين علاقات طيبة وحسنة مع المريض.

٢ ـ تنمية قطاعات شخصيته والتى لم تتأثر بالأفكار الوهمية.

٣ ـ الاهتمام بإعطاء المريض الأدوية اللازمة له، والتأكد من تناوله له فى مواعيده.

٤ ـ أن يكون الاتصال بالمريض واضحاً تماماً وذلك بسبب دفاعاته وحساسيته الزائدة.

٥ ـ أن يكون هناك علاقة مهنية مع الممرضة النفسية الاجتماعية والتى تكون مسئولة عن إعطاء المريض دوائه قبل العلاج وبعده.

المريض العدوانى
Aggressive

العدوانية دافع طبيعى، ومعظم عدوانية الفرد يكشف عنها خلال عمله وفى أوقات فراغه، وتتدرج العدوانية من الألفاظ والتعبير بالكلمات إلى الأفعال العنيفة باستخدام القوة الجسمية، وتصدر العدوانية عن المريض الذى يعانى من التوهم والهلوسة، أو من المرضى غير القادرين على إدراك المحيطين لهم. وقد تنتج العدوانية من أن بعض الأفراد لا يستطيعون التعبير عن عدوانيتهم عبر القنوات الطبيعية.

الخطة التمريضية لعلاج المريض العدوانى:

يمكن أن يمنع السلوك العدوانى (العنيف، المندفع) غالباً إذا ما اتبعت الممرضة ما يلى:

١ ـ معرفتها أن المريض يجب أن يعامل بشكل جيد وبشكل شخصى.

٢ - إشراكه فى الأنشطة المختلفة والتى تسمح له بالتخفف من طاقة العدوان الطبيعى التى تعتمل فى نفسه. وبطرق اجتماعية مقبولة، وتتيح له التعبير عن دوافعه العدوانية بطريقة أجتماعية مقبولة.

٣ ـ التقليل من العوامل التى تغشى بيئة المريض، والتى يمكن أن تسهم فى تعزيز أو إثارة سلوكه العدوانى، ومثال لتلك العوامل: الازدحام، الوعود غير الصادقة، الغيرة، فقدان الخصوصية، الحرية المحطمة والمحدودة، الخوف، الإحباط، الاعتقال، الخوف من شر مرتقب، الاستفادة من أعضاء الفريق الطبى، وأقرانه من المرضى، نقص الاحترام.

٤ ـ منع تفكير المريض فى الانتحار.

٥ ـ مساعدة المريض عل تكوين أهداف بعيدة المدى.

٦ ـ وجود سياسة خاصة للتعامل مع حوادث العنف.

٧ ـ التأكد أن كل هيئة التمريض تعامل المريض معاملة حسنة تخلو من العنف.

عندما يكون المريض عنيفاً :

هناك أوقات كثيرة تقلل فيها من جهود الممرضة ـ خاصة من طرق المريض الذى يسلك بطريقة عنيفة، وفيما يلى عرض لبعض الخطوات الإرشادية التى يجب أن تحتذى عند صدور ذلك العنف من المريض:

١ ـ حاولى وبهدوء، أن تضعى فى اعتبار المريض، أنه سوف يكون مسئولا أمام الممرضة عن سلوكه هذا، من خلال إقامة علاقة اجتماعية جيدة ومستقرة بينهما.

٢ ـ تصرفى بطريقة هادئة، ولا تتصرفى أبداً باستجابات زائدة قد تستدعيها طبيعة الموقف المتوتر.

٣ ـ لا تتكلمى مع المريض بطريقة فردية، وحاولى تجنب إحراجه مع بقية المرضى.

٤ ـ الدعوة لمساعدته، فحضور عدد من أعضاء الفريق الطبى يمكن أن يردعه عن سلوكه هذا.

٥ ـ لا تنسى أبداً أن المريض فى حاجة إلى العلاج وليس إلى العقاب ومن ثم يجب أن يحمى.

٦ ـ تجنب إيذاء الحالة، وقد يستدعى الموقف التحفظ على المريض، وقد يكون هذا الإجراء من جانب بقية المرضى، وأعضاء الفريق الطبى.

٧ ـ حاولى عند حدوث موقف خطير استبعاد المرضى الآخرين وذلك من أجل سلامتهم.

٨ ـ يجب استبعاد أى شىء يمكن أن يحدث إصابات بالمريض (كالساعة والخواتم... إلخ)، أو غيرها والتى يمكن أن يستخدمها كأسلحة.

٩ ـ إذا كان من الضرورى التحفظ على المريض فيجب تجنب أى ضغط على قطاعات (الرأس، الحلق، الصدر).

مريض الاختلاط الذهنى
Confused

يمكن التعرف على هذا المريض وذلك عن طريق سلوكه وتصرفاته، ويتسم هذا المريض ببطء واضح فى إدراكه للأشياء من حوله، الذهول الدائم، والارتباك، عدم القدرة على التعبير عن النفس بنظام، فقدان الإحساس بالمكان والزمان، وقد تظهر تلك الصفات غالباً بعد العمليات الجراحية، وفى حالات الأنيميا الشديدة، وحالات الفشل الكلوى، وكذلك قد تظهر فى حالات الفشل فى وظائف القلب.

وقد يتسم سلوك المريض هنا بالقلق الزائد، والاكتئاب، فقدان الذاكرة للأحداث القريبة من حياته، وقلة اهتمام المريض بنفسه، وفقدان المريض بصيرته وإدراكه وقدرته على الاسترجاع. وتلك هى أكثر التغيرات الحادثة عند مريض الاختلاط الذهنى، وقد يلاحظ أن هذه الحالة غالباً ما تكون أكثر وضوحاً عند كبار السن.

الخطة التمريضية لعلاج مريض الاختلاط الذهنى:

١ ــ تحسين نوعية الحياة عن طريق الرعاية الشخصية، الاجتماعية للمريض.

٢ ــ مساعدة أسرة المريض.

٣ ــ المحافظة على شخصية المريض وهويته.

٤ ــ محاولة التحكم فى البيئة المحيطة بالمريض للمحافظة على سلامته.

٥ ــ المحافظة على نظافة المكان وراحته، وعدم شعوره بالألم. وكذلك الاتصال الدائم به بشكل يغشاه التعاطف مع حالة المريض النفسية والجسمية والعقلية.

٦ ــ مساعدة المريض فى أن يعيش حياة منظمة لها معنى عن طريق تنظيم نشاطاته اليومية، للقيام بها.

٧ ــ منع الحرمان الاجتماعى عن طريق توفير بعض النشاطات البسيطة له.

٨ ـ مساعدة المريض على النوم الهادئ، وإعطائه الغذاء اللازم.
٩ ـ إعطاءه الدواء المناسب لحالته الذهنية، والتأكد من تناوله فى مواعيده المقررة.
١٠ ـ تنظيم عملية الإخراج لديه، خاصة فى حالات المرضى الذين وصلت حالتهم إلى شكل متدهور.

المريض الذى يحاول الانتحار وكيفية تمريضه

يلاحظ أن المريض الذى يحاول الانتحار:
١ ـ ليس من الضرورى أن يبدو حزيناً أو بائساً.
٢ ـ غالباً ما تخف قدرته على التحدث عن مشاعره، ولكنه من ناحية أخرى لا يعتبر للمخاطر الصغيرة لأنه يريدها.
٣ ـ لا يجرؤ على أى تفكير انتحارى، ولكن هذه الأفكار لا تؤخذ دليلا على أنه لا يخفى تلك الأفكار.
٤ ـ أنه عادة ما يعطى الآخرين بعض التحذيرات عن مقاصده وذلك خلال الجمل اللفظية له، وكذا لغة جسمة Body Language.
٥ ـ يمكن لهذا المريض أن يحاول الانتحار فى أوقات معينة، وذلك عندما تبدو الممرضة أقل مراقبة ويقظة له. مثال : أن الفريق العلاجى مشغول طوال الوقت، أو الليل عندما يكون هناك أفراد قلائل من الفريق، أو فى أوقات إشراف الممرضة على توزيع وجبات الطعام.
٦ ـ يمكن أن يشكل هذا المريض خطورة كبيرة إذا كان اكتئابه مصاحباً بالشعور بالذنب، الحرمان من النوم، هبوط تقديره لذاته (شعوره بالنقص).
٧ ـ يجب ملاحظة هذا المريض بعناية زائدة وحرص خاصة عندما يصبح أكثر نشاطاً، بعد فترة من التأخر.

الطرق التى يمكن للمريض أن ينتحر بها

١ ـ تناول جرعات زائدة من الأدوية.

٢ ـ ابتلاع السم، أو شمه.

٣ ـ القفز من ارتفاعات كبيرة.

٤ ـ القفز أمام سيارة مسرعة أو دراجة.

٥ ـ إطلاق الرصاص على نفسه.

٦ ـ قطع شرايين يده أو رقبته.

٧ ـ الاختناق Suffocation

٨ ـ الغرق.

٩ ـ الشنق

١٠ ـ الموت جوعاً.

١١ ـ الصعق بالكهرباء.

١٢ ـ قيادة السيارة (المركبة) دون هدف مرضى.

١٣ ـ الاحتراق.

أحوال أخرى يمكن أن تؤدى إلى الانتحار:

١ ـ أمراض الفصام Schizophrenic Illness:

خاصة فى حالات صغار السن الذين يكونون خائفين من تغير تفكيرهم ومشاعرهم.

٢ ـ الأمراض الجسمية الخطيرة Serious Physical Illness:

وذلك عندما يكون هناك آلام قاسية ومستمرة.

٣ ـ زملة أعراض المخ العضوية Organic Brain Syndrome:

عندما يتمكن الفرد من معرفة أن قواه العقلية تتدهور.

٤ ـ الشخصيات الباحثة عن الاهتمام Attention -Seeking Personali- ties:

فهذه شخصيات تريد أن تكسب تعاطف أو حب الآخرين.

٥ ـ تعاطي وإدمان المخدرات Alcoholism and Dgrug Adiction :

وهنا يبحث الفرد عن التخفف من مشاكله أو يرغب فى أن يجنب الآخرين تلك المشاكل.

٦ ـ الشخصية السيكوباتية Psychopathic Personality:

يمكن أن نجد أن عملياتها العدوانية من الصعب التعامل معها. ولذلك فهو يعكسها أو ترتد إلى نفسه.

الفصــل السادس
الاضطرابات الذهانية

- تمهيد.

أولا : الفصام

ثانيا : الذهان الدورى.

أنماط العلاج المختلفة

العلاج بالمجتمع أو المجتمع العلاجى

استخدام الأدوية فى الرعاية النفسية

الفصل السادس

الاضطرابات الذهانية

تمهيد:

سبق الإشارة عند تصنيف الاضطرابات النفسية إلى أن المرض العقلى / الذهان Psychoses هو اضطراب خطير فى شخصية الفرد بأسرها : المزاجية والعقلية والمعرفية، والإدراكية، ويكون لهذا الاضطراب صداه الخطير على توافق الفرد النفسى والاجتماعى والمهنى والدينى والعائلى.

ومما يجدر ذكره هنا أن الأمراض العقلية إما عضوية وهى ما كان لها أساس عضوى معروف كتلف النسيج العصبى للمخ من الزهرى أو المخدرات ـ أو تصلب الشرايين كجنون الشيخوخة، وجنون المخدرات أو الشلل الجنونى العام ـ أو تكون الأمراض العقلية وظيفية أى تكون العوامل النفسية غالبة فى أحداثها كالفصام، والذهان الدورى، وهى الأمراض التى لا يستقيم تفسيرها بعوامل بيولوجية وتشريحية كما يستقيم بعوامل نفسية واجتماعية. (٢٠٩:٢٠)

وفى هذه الفقرة نتناول تلك الأمراض العقلية الوظيفية وهى أمراض:

أ ـ الفصام

ب ـ الذهان الدورى

أولا ـ الفصام : Schizophrenia

هو مرض ذهانى وظيفى يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التى تؤدى إن لم تعالج فى بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح فى الشخصية والسلوك فى جوانبه المختلفة، أى أن هذا الاضطراب يشمل الجانب العقلى والوجدانى من شخصية المريض ويبدو فى سلوكه فى شكل تدهور واضح.

ويعتبر أميل كريبلين Emile Kraepelin أول طبيب نفسي وصف الفصام وسماه بالعته المبكر Dementia Praecox، فعندما وضع كريبلن مؤلفه الضخم عام ١٨٩٦، كان يعتقد أن الفصام متى أصاب شخصاً أدى به إلى تدهور متزايد مستمر دون أدنى احتمال للشفاء أو للتحسن، ولحسن الحظ فمثل هذا الاعتقاد لم يعد صحيحاً، والواقع أن واحداً من بين كل ثلاثة فصاميين يشفى تماماً، وأكثر من الثلث يتحسن بدرجة تكفى لأن يحيا حياة عادية.

وهناك سمات معينة للفصاميين لا يقبلها أى مجتمع وهى:

١ ـ أن الفصامى لا يسلك دائماً سلوكاً متوائماً مع الموقف ـ ولا متسقاً مع توقعات المجتمع. فالمجتمع يستند إلى النظام. والتضامن والرضوخ لأعرافه وتقاليده، وعزل المريض الفصامى بالمستشفى إنما يستهدف حمايته وحماية الغير منه.

٢ ـ أن الفصامى يبدو شخصاً يصعب التآلف معه، يعزف عن الناس، يعطى انطباعاً بالخوف منهم أو برفضه إياهم، فهو يتخذ أحياناً وضعاً يبدو فيه وكأنه ليس لديه ما يفعله إزاء ما يحدث حوله أو يبدو وكأنه ينظر إلى الكون بأسره بترفع لا حد له.

٣ ـ الفصامى ذو الميول (البارنويا) يتسم سلوكه بتصيد أخطاء الناس جميعاً وكل ما من شأنه إثبات أنهم غير منصفين.

٤ ـ الفصام لا يسبب ألماً عضوياً، ولكن شدة المعاناة العقلية التى تنشأ عنه من الضراوة حداً يجعل المريض يقبل فى سرور مقايضته ألماً عضوياً، أملا أن يخفف الألم العضوى الناجم عن المرض من هول الألم العقلى. هذا الألم العقلى الهائل الذى تشتد حدته فى المرحلة الأولية للمرض، تسبقه بدوره معاناة طويلة لم يلحظها أحد.

٥ ـ الفصامى ليست لديه إحساس بالزمن، فالزمن كما يحس به لم يعد يتحرك فليس ثمة تقدماً إلى الأمام ولا تراجع إلى الخلف بل هو متوقف بلا حراك عند تلك الحالة من الدمار.

٦ ـ الفصامى لا يستطيع التمييز بين الواقع والخيال، وليست لديه القوة لأن يبدى إرادته فى أى موقف من مواقف حياته.

ولذلك فالفصام هو حالة عقلية غير سوية تصيب الكائنات البشرية وحدها، وتغير تغييراً عميقاً من أنماط تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكهم تجاه العالم بحيث تختلط لديهم الحقيقة بالوهم وتؤدى إلى تبنى أساليب حياتية لا تتسق مع الواقع.

الفصام لا يظهر فجأة:

حين يبدو الفصام فى الظهور ـ عادة فى مرحلة الرشد المبكرة فإن ظهوره لا يعنى أنه حديث التكوين تماماً بل هو استمرار لسلسلة من الإجراءآت غير السوية كانت غائمة عن عيون أفراد الأسرة وعن وعى المريض نفسه. كما أنه ليست هناك تحاليل أو فحوص طبية نستطيع بواسطتها الكشف عن حدوث الفصام مستقبلا لشخص ما ولا حتى لإثبات وجوده حين يحدث وهناك علامات متفاوتة الشدة لحدوث الفصام ـ ولكنها ليست دليلا مؤكداً أو حتى مرجعاً لحدوث الفصام ـ ولكن حقيقة الأمر أن معدل حدوثه بين أفراد تلك المجموعة سيكون أعلى عدة مرات منه فى عموم الناس، ومن تلك العلامات :

١ ـ حدوث تغير ملحوظ فى الشخصية : ويحدث ذلك أحيانًا بإيقاع بطىء حتى أن من يعيش مع هذا الشخص لا يلحظ عليه أدنى تغيير ـ لكن من يغيب عنه طويلا يعتقد حين يراه أنه شخص آخر: أقل تنبهاً، أكثر تردداً، أقل فاعلية، انخفاض مستوى تحصيله الدراسى حتى يصبح عرضة للرسوب، يصبح لا مبالياً تجاه كثير مما يواجهه فى بيئته من أشياء وأناس.

وقد يحدث العكس أحيانًا إذ نجده قد أصبح انبساطياً ربما إلى حد الوقاحة فى أمور كان موقفه منها يتسم بالخجل والتحفظ الشديد كالأمور الجنسية، وفى بعض الأحيان الأخرى يصرح لأهله وأصدقائه

بعدم قدرته على التحكم فى اندفاعاته السلوكية، أذ تصدر عنه بعض الأفعال التى يجب أن يكون لديه شعور بمسئوليته عنها، إلا أنه يشعر تجاهها كما لو كانت صادرة عن سواه.

٢ ـ قد يصبح الشخص غير مستقر على حال دائم التحفز لفعل ما، يسأل كثيراً من الأسئلة دون داع، يصبح شديد الحساسية، يميل إلى إساءة التفسير لأمور عادية، وهناك حالات يميل الناس فيها إلى نسبة مقاصد خاصة أو خاطئة إلى تصرفات الآخرين تجاههم، وعامة لو تكررت شدة الحساسية وسوء التفسير لمقاصد الآخرين وتصرفاتهم العادية فمعنى ذلك أن ثمة متاعب مرضية فى طريقها إلى هذا الشخص.

٣ ـ الانسحاب التدريجى من الحياة حيث ينمو لدى الشخص ميل متزايد للتحفظ وللانغلاق على الذات حتى يصبح شخصية منطوية على ذاتها، وقد يجهد نفسه كيلا يصبح أمره لافتاً للنظر... يبدو أنه أقل تلقائية، غير مبال بما يجرى حوله، ساعياً إلى اختزال احتياجاته، مقللا من تعامله مع الآخرين، ومن نشاطاته إلى أقصى حد، وفى بعض الحالات يحتفظ بعلاقات شخصية محدودة.

٤ ـ قد يصبح الشخص قلقاً يعانى من إحساس شديد بعدم الأمان، دائم التوجس إلى حد اليأس، شاك بدرجة زائدة من إمكان نجاحه فى أى شىء، مشغول البال بعدم جدوى أفعاله، يتوقع الفشل فى كل شىء، يحجم عن التحدث عما يدور بداخله خشية أن يسىء الآخرون فهمه.

٥ ـ يعانى من قلق بالغ ـ وأحياناً يبدو قلقاً تجاه كل شىء، بل قد يصل به الأمر إلى أن تسيطر عليه مخاوف غير منطقية، وهنا نجد أن حالات الإفراط فى تعاطى الكحول إلى درجة التسمم الكحولى المتكرر، وحالة تعاطى العقاقير المؤثرة على الحالة النفسية، فتلك حالات يحاول فيها المريض أن يخفى عن نفسه أو يدفع عن نفسه إحساساً بالقلق هو من الشدة بحيث يمكن أن يدفع به إلى حالة فصامية. كذلك فالعقاقير

المؤثرة على الحالة النفسية يمكن أن تكون بمثابة مهرب ـ لكنه مهرب وهمى من حالة القلق التى يعانى منها.

ويلاحظ أن تلك العلامات المنذرة يتوافر حدوثها بالذات فيمن هم فى أواخر المراهقة حتى أوائل العقد الثالث، وعلى أية حال فمن المهم أن نلاحظ أن العلامات المنذرة فى أوائل المراهقة والطفولة حيث إمكانية حدوث الفصام عموماً لاتزال بعيدة.

٦ ـ المراهق هو شخص يكون شغوفاً بإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، شغفاً يصل إلى حد الهوس، ثم يعقب هذا الهوس فى دخول بخبرات جديدة انسحاب سريع من العلاقات الاجتماعية ثم يتجدد الشغف ويتجدد الانسحاب به وهكذا مثل هذا السلوك يكون مدعاة للاهتمام ويجب علينا استشارة أحد المختصين، كذلك فإن السلوك المتسم بالسلبية لدى الطفل دونما أن يظهر شخصيته وأصالته، هى حالة تتطلب مزيداً من البحث كذلك.

ويلاحظ أن بعض مرضى الفصام يحتفظون بسمات غير ناضجة إلا أن معظمهم يكونون على درجة عالية من النمو النفسى قبل الإصابة بالمرض، وحتى حين إصابتهم به فإنهم يبدون قدراً كبيراً من النضج لكنه ممتزج ببعض السمات غير الناضجة التى حدث لها تثبيت منذ الطفولة ولذلك فالفصام هى حالة عقلية غير سوية ذات تاريخ طويل يسبق زمنياً لحظة حدوثها الظاهرى.

أنواع الفصام:

يصنف الفصام إلى أنواع عدة، وفقاً لنوع الأعراض السائدة فى كل منها، إلا أننا نجد حالات عديدة تختلط فيها الأعراض بحيث يصعب إدراجها تحت أى نوع منها، ويعد أميل كريبلن الذى وصف الفصام لأول مرة تحت اسم العته المبكر، صاغ الطبيب النفسى السويسرى بلوير Bleuler

أربعة أنواع من الفصام إلا أن هناك صنف خامس هو الفصام الوجدانى، وتلك الأنواع هى:

١ ـ النمط البارانويى	Paranoid
٢ ـ الفصام الهيبفرينى	Hebephrenic
٣ ـ الفصام الكاتاتونى (التصلبى)	Catatonic
٤ ـ الفصام البسيط	Simple
٥ ـ الفصام الوجدانى	Schizo affective

١ ـ النمط البارانويى:

من أبرز أعراض هذا النمط من الفصام هذاءات العظمة، وهذاءات الاضطهاد، فيه يعتقد المريض أن الآخرين يتهمونه بالصفات التى لا يحبها فى نفسه، بل يصل فى النهاية إلى أن ينسب لهم الصفات التى لا يستطيع قبولها فى نفسه ـ فهو يبدأ بالشك فى الآخرين، ثم لا يلبث أن يصبح موقناً بأنهم يدبرون له مكيدة أو يتآمرون ضده. ويلاحظ أن المعتقدات الضلالية تحدث فى هذا النوع من الفصام بمعدل أكبر من الأنواع الأخرى، قد تكون ضلالات اضطهاد أو عظمة أو توهم الأمراض.

٢ ـ الفصام الهيبفرينى:

يتسم المصابون بهذا النوع من المرضى بضحالة الانفعالات، وعدم ملاءماتها للظروف، كما تظهر فيه هلاوس وهذاءات غير متسقة أى غير متسقة فيما بينها، كما يتسمون باستخدام ألفاظ وعبارات لا معنى لها عند الآخرين، وكذلك القيام بأعمال سخيفة أو مزرية.

الفصام الكاتاتونى أو التخشبى:

من أكثر أنماط الفصام انطواءاً وانزواء على أنفسهم، وأشدهم كذلك عناداً وعصياناً ومخالفة لما يطلب إليهم، ومن أبرز سمات هذا النمط من

الفصام هو اتخاذ المريض أوضاعاً جسمية ثابتة أو متخشبة يظل عليها لساعات طويلة دون تعب أو ملل. فإن حاول أحد تغيير الوضع قاومه المريض أو أطاعه مؤقتاً ثم يعود سيرته الأولى مرة أخرى.

٤ ـ الفصام البسيط:

نمط من أنماط هذا المرض تقل فيه الهلاوس والهذاءات، ويظهر فيه الخمول والبلادة وعدم الاهتمام أو النشاط أو المبادأة مع ضعف الصلات الاجتماعية، وبرودة الاستجابات الانفعالية، وتدهور تدريجي مطرد في القوى العقلية.

٥ ـ الفصام الوجداني:

إلى جانب الأعراض الفصامية نجد تغيرات واضحة في الحالة الوجدانية أوالمزاجية، وهي تغيرات قد تسم نوع آخر من الأمراض الذهانية هو (ذهان الهوس ـ الاكتئاب) حيث نجد المريض يمر بفترات من الاكتئاب ـ وبفترات من المرح قد يصل إلى حد النشوة. وقد يشفى هذا المرض ولكنه سرعان ما يعود ثانياً إلى الظهور.

ويمكن تقسيم مسار الفصام إلى أربع مراحل:

- المرحلة الأولى تمتد من بداية فقد المريض صلته بالواقع إلى أن تكتمل لديه الأعراض الفصامية.
- المرحلة الثانية ـ وهي مرحلة متقدمة يبدو فيها المريض متقبلا لحالته ـ فالأعراض المرضية لا تظل مصدراً لانزعاج المريض كما كانت من قبل في المرحلة الثالثة وهي المرحلة قبل النهائية تفقد الأعراض حدتها الأصلية، وتصبح متشابهة إلى حد كبير في أنواع الفصام كافه حتى ليصعب معه التمييز بين الأنواع المختلفة خاصة بين نوع بارنويي ونوع كاتاتوني.

أما المرحلة الرابعة فيتسم سلوك المريض فيها بالاندفاعية وبالأفعال الانعكاسية.

أسباب الفصام:

وعودة إلى أسباب الإصابة بالأمراض العقلية والتى عرضناها فى بداية هذا الجزء ومنها عوامل: الوراثة، الاضطرابات العضوية، الاضطرابات البيوكيمائية، الضغوط الاجتماعية، العلاقات العائلية، العمر، الجنس، السلالة، الطبقة الاجتماعية،... إلخ، فبالإضافة إلى هذه العوامل فإن الأحداث السيكولوچية فى حياة المريض من بين العوامل شديدة الأهمية فى حدوث الفصام، حتى وإن تطلبت تهيئة بيولوچية معينة كى يتيسر لها ذلك فالأوضاع الأسرية، وخبرات الطفولة والمراهقة والشباب المبكر تكون سلسلة من الأسباب والنتائج تؤى إلى أسلوب فى الحياة يتميز بعدم الاستقرار، وبأنه عرضة للتغيرات المرضية وهو يحاول طوال حياته ـ المتسمة بالقابلية العالية للتغير المرضى ـ بناء دفاعات نفسية أى وسائل نفسية يسعى عن طريقها إلى حماية إحساسه بهويته وبتفرد ذاتيته، وعندما يثبت فشل تلك الدفاعات ويصبح غير قادر على قبول نفسه على الإطلاق يلجأ لما يمكن تسميته بالدفاع الذهانى، وهنا تظهر أعراض الفصام وتسمح له بأن يستمر فى الحياة بقدر أقل من الألم.

ثانياً ـ الذهان الدورى Manic-depressive Psychosis

هو اضطراب عقلى وظيفى ـ وجدانى تنتاب فيه المريض حالات من الهياج والهوس وأخرى من الاكتئاب والهبوط دون سبب ظاهر أو مثير كاف فى معظم الأحيان، لهذا يعرف بالذهان الدورى أو النواب (٢٠ :٢٢٣) ـ ويمكن تمثيله على النحو الآتى :



أولا : نوبات الاكتئاب

١ ـ الاكتئاب الذهانى أو العقلى أو الداخلى

Endogenous Depression

يمكن تقسيم الأعراض المميزة لهذا المرض على النحو الآتى:

١ - أعراض اكتئابية وجدانية وتتميز بالتغير النهاري إذ تزيد فى فترة الصباح ويتحسن تدريجياً أثناء اليوم حتى تقل حدتها فى المساء، وتبدأ هذه الأعراض بحالة شبيهة من الانقباض والضيق والاكتئاب ثم بهبوط الروح المعنوية، ثم بفقدان لون الحياة وقيمتها، ثم التساؤل عن قيمتها، ثم تنتابه نوبات متكررة من البكاء الهادئ أو الصراع الحزين، ثم تزيد وطأة الاكتئاب ويحس بفقدان الأمل، فيعيش فى حالة من الرعب والجزع، والارتباك الشديد يصاحبها أحياناً أعراض عضوية.

٢ ـ أعراض سيكولوچية : مثل اضطراب الوظائف العقلية (مثل قلة الانتباه وقلة التركيز، واختفاء سرعة البديهة، واضطراب التفكير وتوهم العلل البدنية.

٣ ـ الشعور بعدم الأهمية والتقليل من الحط من قيمة الذات، والهذاءات والهلاوس واختلال الإدراك للذات وللعالم الخارجى.

٤ ـ أعراض فسيولوچية : أهمها اضطراب النوم، وفقدان الشهية والإمساك والضعف الجنسى واضطرابات الطمث.

٥ ـ أعراض سلوكية : الهبوط فى الحركة والكسل والخمول الذهنى والجسدى ويبدو على الوجه علامات الحذر والكآبة، وتقل القدرة على العمل وأحياناً يرفض الذهاب إليه، بالإضافة إلى فقدان الاهتمام بالمظهر والإكثار من الكلام والثرثرة.

٢ ـ الاكتئاب النفسى أو التفاعلى
Reactive Depression

سبق الإشارة إليه عند الحديث عن الاكتئاب وذلك فى سياق الاضطرابات العصابية.

٣ ـ الاكتئاب المختلط

أحياناً كثيرة ما تختلط أعراض الاكتئاب النفسى أو التفاعلى مع أعراض الاكتئاب العقلى أو الداخلى، ويصعب فصلهما عن بعضهما، ويتسبب هذا الاختلاط فى وجود نوع خاص ومختلف من العلاج لهذه الحالة والتى تسمى بالاكتئاب المختلط.

ثانياً : نوبات الهوس Manic

١ ـ الهوس الخفيف (تحت الحاد) Hypomania

وهو أخف أنواع ذهان الهوس، ويتميز سلوك المصاب به بالنشاط المستمر دون الشعور بأى تعب، وبالرغبة فى احتكار الحديث، ورفض أية معارضة لما يقول أو يفعل، كما أنه يصعب عليه احتمال النقد، كما يلاحظ على المريض هنا أنه يزج بنفسه فى أمور لا تخصه ويطلق لعواطفه العنان ويبدأ فى أن يصبح مسروراً سعيداً فى سلوكه ملتزماً بالآداب والتقاليد العامة ثم عندما تشتد الحالة فجأة يتحول سلوكه فلا يلتزم فيه بأداب التقاليد العامة.

٢ ـ المرح الحاد Acute Mania

ينشأ هذا النوع من الاضطراب نتيجة لعدم علاج النوع السابق إذ تظهر فجأة أعراض حادة تشابه أعراض الهوس تحت الحاد ويتيمز هذا النوع بما يلى:

١ ـ المرح والنشوة والبهجة المستمرة مع الإحساس بقوة جسدية خارقة مع اختلاف المظهر الخارجى الدال على ذلك.

٢ ـ كثرة الحركة والتهيج والإثارة دون هدف واضح ودون الشعور بالتعب والإرهاق، ويستمر على هذا الحال لمدة عدة أيام أو عدة أسابيع.

٣ ـ الرغبة الملحة فى السيطرة والسيادة وإعطاء الأوامر، والعنف الشديد إذا قاومه أحد.

٤ ـ تطاير الأفكار بشدة والانتقال بين الموضوعات دون رابط بينها.

٥ ـ سرعة الانتباه والبديهة والإحساس القوى بكل ما يحدث حوله ولكن يشك دائم.

٦ ـ الغرور الزائد وهذاءات العظمة.

٧ ـ أحياناً ما يعانى المريض من اختلال عقلى وتشوش فى الوعى.

٨ ـ اضطرابات فسيولوچية فى هيئة أرق دائم وفقدان للشهية أو العكس مع الشهوة الجنسية الملحة.

ويلاحظ أن هذه الأعراض تزيد فى الصباح وتقل فى المساء تماماً كالنوع السابق، ولكن هذه الحالة قد تستمر لعدة أيام أو أسابيع.

٣ ـ الهوس المزمن (فوق الحاد) Chronic Mania

وتستمر هذه الحالة سنوات طويلة دون تغيير، ولا تختلف أعراض المرح المزمن عن الأعراض السابقة إلا أنها أقل حدة وأطول بقاءاً. ويكون المريض سعيداً هادئ طيب المجلس، ثم تنقلب فجأة ويأتى بحركات خارجة عن السلوك والآداب الاجتماعية، ولا يتحمل المسئولية، ولا يمكن الاعتماد عليه. (٢٧ : ٢٢٠-٢٣٥).

أنماط العلاج المختلفة

النمط الطبى البيولوجى
Medical Biological Model

ويعتمد هذا النمط العلاجى على مقولة أن الأمراض العقلية هى حالات جسمية Physical تنشأ عن عدم سواء أو (انحراف) فى عمليات الهدم والبناء. أو الكيمياء العضوية للجسم ومن ثم يمكن أن تعالج بواسطة الوسائل الطبيعية Physical Methods مثل العلاج الكيماوى Chemotherapy أو العلاج بالصدمات الكهربائية Electroplexy

النمط التحليلى النفسى
Psychoanalytical Model

يعتمد هذا النمط على أن الأمراض العقلية يمكن أن تفسر فى ضوء العوامل السيكولوجية وتكون متأثرة بالرغبات اللاشعورية، والانفعالات، والدوافع، والتنشئة الاجتماعية، ومن ثم تعالج بواسطة المبادئ السيكوديناميـة كالعلاج السلوكى، التحليل النفسى، تفسير الأحلام،... إلخ.

النمط السلوكى
Behavioural Model

ويعتمد هذا النمط على أن العصاب/ الذهان هو سلوك متعلم، ومن ثم فإن الأمراض العقلية يمكن أن تعالج بواسطة فحص أنماط السلوك الحاضر، وإمكانية تحويره بالأشراط، ومن ثم فإن التدعيم الإيجابى / السلبى بتقوية أو إضعاف الأشراط يكون مناسباً فى هذا النمط.

النمط الانتقائى
Eleclic Model

ويعتمد هذا النمط على أن الحاجات العلاجية للمريض يجب أن تتناسب مع حاجات الفرد المريض والتى تؤدى إلى نشأة الأمراض العقلية، وهو نمط متعدد العوامل، وهذا النمط هو النمط العلاجى المناسب والذى يسهم فى علاج المريض، ولذلك يجب أن يستخدم هذا النمط كأساس لبقية أنماط العلاجات الأخرى.

نمط العلاقات الاجتماعية والشخصية
Social Interpersonal Model

ويعتمد هذا النمط على أن الأمراض العقلية تنشأ بسبب خلل العلاقات الشخصية بالأسرة والمجتمع، ولذلك يجب أن يتضمن العلاج النظر إلى المريض كعضو فى جماعة ويحتاج إلى تنمية علاقات اجتماعية صحية مشبعة سواء فى حياته أو عمله، ومن أمثلة ذلك النمط العلاجى : علاج المجتمع أو العلاج الجماعى.

العلاج بالمجتمع أو المجتمع العلاجى

هو نمط من أنماط العلاج يقدم المريض وبيئته بطريقة يمكن أن تؤدى إلى تغيرات إيجابية فى سلوكه، فالعلاج بالبيئة يشجع التعبير الذاتى، ويستخدم عمليات الجماعة كأداة رئيسية فى تحقيق التوازن النفسى للمريض.

ومن بين المرضى الذين يستفيدون من هذا النمط العلاجى المرضى ذوى الشخصيات السيكوباتية أو الذين يجدون صعوبة فى التحكم فى عملياتهم العدوانية الموجهة نحو المجتمع، ولاشك أن كل الحالات التى تتعرض لضغوط الجماعة، يمكن أن يحسب تأثير تلك الضغوط على سلوكهم ـ هنا يبدو السلوك غير متوافق ومعايير الجماعة وقيمها، أو بمعنى أدق أن هذا السلوك يقابل بعدم اتساق الجماعة وقيمها ومعاييرها وأنماط سلوكها فتماسك الجماعة لا يسمح لأى عضو من أعضاءها أن يكون خطيراً فى سلوكه أو أن يأتى بسلوك مدمر، والمريض الذى يكون متورطاً فى سلوك مضاد للمجتمع يتعلم أن يتقبل مسئوليته عن أفعاله، وفشله فى الاتساق والجماعة يمكن أن يؤدى إلى انعزاله عن الجماعة. ويلعب فريق التمريض ـ خاصة الممرضة النفسية ـ دوراً فى تشجيع استقلال المريض وذاتيته، وتعليم المرضى تحمل مسئولية أفعالهم تدريجياً داخل عنبر المستشفى وفى مشاكل الحياة اليومية.

ويلاحظ أن كلا أعضاء الفريق الطبى، والمرضى يسيرون على فلسفة كلية فى العلاج من خلال المجتمع. ويلاحظ أن تأثير الجماعة يكون بمثابة قوة موثرة فى ضبط والتحكم فى السلوك المؤذى أو غير المرغوب فيه. فهو يسمح بتعلم جديد يأخذ مكانه فى شخصية الفرد ويكون له قيمة علاجية أكثر تأثيراً يمكن أن يؤدى إلى تغيير فى معايير المريض وسلوكه.

استخدام الأدوية فى الرعاية النفسية

يجب على الممرضة أن يكون لديها فكرة واضحة عن قواعد تخزين الدواء، وطرق إعطاء الأدوية، كما يجب أن يكون لديها أيضاً فكرة عن الأدوية المستخدمة فى علاج الأمراض النفسية والذهانية والعصبية. ويلاحظ أن دور الممرضة فى إعطاء الدواء يشكل جزءاً هاماً من وظيفتها فى الفريق العلاجى.

ويجب معرفة أن جميع الأدوية باختلاف تركيبها الكيميائى يكون لها تأثير مرضى وجيد، ومن المحتمل أن يساعد الدواء المريض على الشفاء بمجرد اقتناع المريض بأخذ الدواء ، وهنا يجب على الممرضة عند إعطآء المريض الدواء أن تعرف أن إحساس المريض تجاه العلاج يؤثر على نتائجه، وغالباً ما يكون سلوك الممرضة فى المستشفى له تأثير على المريض فى استكمال العلاج حتى بعد خروجه من المستشفى.

وعلى الرغم من أن الأدوية الحديثة قد أحدثت تغيرات كبيرة فى المرضى النفسيين إلا أن الممرضة يجب أن تعرف أن الأدوية لا تغنى عن الرعاية التمريضية الصحيحة، ومن الملاحظات الهامة فى هذا الصدد:

١ ـ عدم إعطاء المريض أى دواء إلا بأمر من الطبيب المختص بوصف العلاج والدواء الصحيح. ويكون هذا الأمر كتابياً وليس شفوياً.

٢ ـ إذا احتاج الأمر إلى تخدير عام أو موضعى فيجب على طبيب البنج معرفة كل الأدوية التى يأخذها المريض.

ويجب على الممرضة معرفة الآتى:

١ ـ جرعة الدواء.

٢ ـ عمل الدواء وتأثيره العلاج.

٣ ـ الآثار الجانبية للدواء.

٤ ـ الطرق التى يمكن بواسطتها التحكم فى الآثار الجانبية وتجنبها.

٥ ـ الأدوية الأخرى الممنوعة التى تعاكس تأثير الدواء الأصلى للمريض.
٦ ـ الاحتياطات المتخذة للحفاظ على سلامة المريض أثناء تأديته نشاطاته اليومية.
٧ ـ الاختبارات المعملية اللازمة لكى تتابع الدواء وتركيزه فى الجسم.

ويجب التنبيه على:

أن مشرفة التمريض، والممرضة يجب عليها تأدية عملهما على أكمل وجه، وعدم التكاسل ومراعاة الضمير فى عملهما إرضاءً لله سبحانه وتعالى؛ ومساعدة المرضى على الشفاء.

الفصل السابع

السيكوباتية

- تمهيد.
- السلوك السيكوباتى بين العصاب والذهان
- مكونات السيكوباتية
- أعراض السيكوباتية
- تصنيف السيكوباتية
- ديناميات السلوك السيكوباتى
- قياس الانحراف السيكوباتى

الفصل السابع
السيكوباتية

تمهيد:

السيكوباتية حالة تتميز بعجز بالغ عن التوافق الاجتماعى يلازم المريض سنوات عدة أو طول حياته دون أن يكون هذا العجز نتيجة لمرض نفسى مأثور أو نتيجة مرض عقلى أو نقص بارز فى الذكاء، أو نتيجة تلف أو عطب عضوى أو عصبى. فهى حالة مرضية تبدو فى سلوك اندفاعى متكرر يستهجنه المجتمع أو يعاقب عليه، وذلك دون علامات على الضعف العقلى أو المرض العقلى أو العصاب أو الصرع أو المرض العصبى.

ومن أبرز سمات السيكوباتى عدم النضج الانفعالى، وعدم الاستقرار الانفعالى والضحالة الانفعالية ... ويتجلى هذا فى الاندفاع والتهور والعجز عن ضبط النفس واحتمال الحرمان والاحباط. هذا بالإضافة إلى تقلب ظاهر فى معاملة الناس وعجز عن المثابرة وإتمام عمل أو مشروع إلى جانب السطحية فى الانفعال وعدم الافادة من التجارب السابقة. (٢٠: ١٨٢-١٨٤)

أولا : السلوك السيكوباتى بين العصاب والذهان :

السلوك السيكوباتى (فى رأى مدرسة التحليل النفسى) ضرب من ضروب السلوك العصابى، فكلاهما يقوم على صراعات لا شعورية، وكلاهما لا يخضع للضبط الارادى للفرد، وكلاهما محاولة شاذة لحل أزمة نفسية غير أنه يختلف عن السلوك العصابى فى :

(١) أن الدوافع اللاشعورية فى العصاب ترضى نفسها ارضاءاً بديلا كما فى حالات الهستيريا والوساوس، أما فى السيكوباتية فتجسد هذه الدوافع وترضى ارضاءاً حقيقيا، ولو أنه ارضاء متنكر مقنع. فالسكوباتى لا يرضيه الاشباع البديل لدوافعه.

والواقع أن السيكوباتي لا يبدو اضطرابه في تفكيره ومشاعره وخيالاته وقلقه وحياته الخاصة كما هي في حالة العصاب، بل يبدو اضطرابه في صلاته الاجتماعية بالناس، إذ يؤثر سلوكه المضطرب في كل شخص في بيئته.

(٢) أعراض العصابي توحي إليه بأن شيئا يهاجم شخصيته، وينتهك حرمتها من مصدر مجهول، أما في السيكوباتية، والخلق العصابي بوجه عام فالأعراض مندمجة منسجمة في بناء الشخصية في صورة سمات خلقية لا يشعر الفرد بغرابتها. (٢٠ : ١٨٦-١٨٧)

(٣) السيكوباتية ليست بالعصاب فإن في سلوك العصابيين كثيرا من التماسك وهم على استبصار جيد بحالتهم، يرغبون في العلاج ويسعون إليه، ويتعاونون مع الطبيب على تحقيق الفائدة المرجوة منه. وما هذا شأن السيكوباتيين الذين لا يدركون أن بهم مرضا ولا يسعون إلى العلاج، ولا يتعاونون عليه اذا قسرتهم الظروف على البدء فيه.

(٤) وإذا قيست السيكوباتية بالمظاهر التقليدية للذهان لما بدا على السيكوباتي شيئا منها، ولعل هذا ما حدا إلى استبعادها مما يسمى (الجنون الصريح).

والسيكوباتية وصلتها بالجنون ليس أمراً مستحدثاً ومن ثم أطلق القدماء «الجنون الخلقي» على حالات السلوك السيكوباتي، وأشير إليها هنا أيضا باصطلاح (البله الخلقي). (٨ : ٤-٧).

ويتميز السلوك السيكوباتي بنشاط عشوائي اندفاعي لا اجتماعي أو مضاد للمجتمع مستمر ومتكرر لكسب وهمي غير محسوس، وهو فريد في قصوره وعوجه والتواء أحكامه وعدم استبصاره، وزيغ أهدافه، وفجاجته ووعثه وخواء وجدانيته، فريد في تقلبه وسخفه وحماقاته وقسوته وقلة جدواه، لا ينضج من التجربة، ولا يرتدعون من العقاب، ولا يثبتون على هدف، ولا يصلون إلى قدر من التكيف مع المجتمع، ولا يعرفون الندم ولا يحسون العار

ولا يختبرون شعور الخطيئة، ولا يجعلون لتعاملهم مع الحياة إلا شعارا واحدا هو (أن يأخذوا كل ما يستطيعون من أى انسان يستطيعون وبأى وسيلة يستطيعون).

هذا الاضطراب الذى فتك بالشخصية ويهدم من تكاملها إلى هذا المدى البعيد اضطراب ذهانى عجز صاحبه عن تمثل الزمن كخبرة حية، فالسيكوباتى لا يعرف من الزمن إلا الحاضر إنه لا يستطيع استعادة الماضى أو الاسقاط على المستقبل. والحاضر عنده هو اللحظة التى يعيش فيها وحسب ... فهى خبرة سطحية وقتية وفجة.

وفى الجنون السيكوباتى فإن الذاكرة ـ أداة التكامل السيكولوچى ـ فإنها تصاب باختلال خطير فهى لا تتعدى الأداء السطحى أو الأداء اللفظى فقط دون أن تتخلل حياتهم الوجدانية النزوعية كخبرة حية.

كما تنبئ السيكوباتية أيضا عن اضطراب خطير فى عامل التكامل الاجتماعى وهو اللغة، ذلك من حيث الوظيفة الدلالية للألفاظ، ومن ثم يرى فى تجوالهم العشوائى اللاهدفى فى ميدان اللغة وكذبهم الذى يرجع إلى عجزهم عن اختيار معنى الحقيقة فى أنفسهم فضلا عن اختيارها فى الغير. (٨ ، ٢٤).

نخلص من هذا إلى أنه فى المشكلات السلوكية ينبغى التمييز فيها بين الحالات التى يكون السلوك السيكوباتى فيها عارضا، أو مظهراً لاضطراب آخر (كالعصاب أو الذهان أو النقص العقلى)، وحالات السيكوباتية الأصيلة، وهذه الحالات يتميز أصحابها بسمات خاصة تشير إليهم وتدل عليهم بين مختلف صنوف السلوك المشكل.

والواقع أن السيكوباتية ما تزال إلى الآن اصطلاح غامض يتضمن كثيرا من أعراض السلوك المشكل والذى يدرج جزء منه ضمن العصاب والجزء الآخر ضمن الذهان والجزء الثالث ضمن النقص العقلى. هذا من ناحية،

ومن ناحية أخرى، أنه ينبغى التمييز بين الحالات التى يكون السلوك السيكوباتى فيها عارضا أو مظهرا لاضطراب آخر، وحالات السيكوباتية الأصيلة (٨). لذلك فإننا لا يمكن أن ندرج السيكوباتية لأول وهلة ضمن (الجنون الصريح) لأن هذا التأكيد فيه مبالغة فى تشخيص الحالة مما يترتب عليه صعوبة شفاء الحالة نتيجة تلك الفكرة السابقة.

اذا السيكوباتية حالة بينية بين العصاب والذهان، ولكنها أكثر وضوحا فى حالة السلوك المضاد للمجتمع، أو بمعنى آخر هم الحلقة الرابطة بين الذهانيين والعصابيين من ناحية، والمجرمين من ناحية أخرى. والتمييز بينهما وبين المجرمين قد يكون عسيرا جدا فى بعض الأحيان.

ثانيا : مكونات السيكوباتية :

دلت كثيرا من الدراسات التى أجريت بهدف الكشف عن مكونات الانحراف السيكوباتى على أن الشخص الذى يشخص ـ سيكوباتى ـ تتميز شخصيته ببعض السمات النفسية التى تكاد تميزه عن غيره اذا نحن قارنا بينه وبين عامة السكان. لذلك يمكن القول بأن السيكوباتية اتجاه مميز لدى كل شخص يظهر : انبساطية زائدة، عصابية زائدة. (139-120 : 82)

كان هذا هو الفرض الذى حققه هانز ايزنك تجريبيا فى مؤلفه (Crime and Perosnality) وكذلك استطاع كل من (كى وهنت H.C. Kuay & Hunt) (306-301 : 66) فى بحثهما عن السيكوباتية تحقيق هذا الفرض أيضا على ضوء من نظرية ايزنك السابقة.

وكانت الفروض التى أوردها ايزنك (289-259 : 67) كالآتى :

أ ـ أن المعتوه أخلاقيا، والسيكوباتى والمجرم، شديدوا الانفعالية، وأن عدم الاتزان الانفعالى هذا ينعكس فى سلوكهم.

ب ـ أنه مثلما تميل شخصيات العصابيين من النوع الديستامى إلى الانطواء، تميل شخصيات المجرمين والسيكوباتيين إلى الانبساط.

جـ ـ يوجد أساس نظرى للاعتقاد بأن الضمير هو فى الحقيقة استجابة شرطية، يبدو أنه يستتبع ذلك منطقيا أن غياب الضمير لدى المجرمين والسيكوباتيين، قد يرجع إلى فقرهم الشديد فى تكوين الاستجابات الشرطية، هذا اذا كانوا يستطيعون تكوينها على الإطلاق ـ وحتى عندما تتكون هذه الاستجابات فإنها تنطفئ بسرعة. كما يجب أن نتذكر أن التشريط مرتبط بالانطوائية / الانبساطية. بمعنى أن الانطوائيين يجيدون تكوين الاستجابات الشرطية بينما يفتقر الانبساطيون لذلك.

وهناك أدلة مباشرة تبين أن السيكوباتيين وأنواعا من المجرمين على الأقل فقراء جدا فى عملية التشريط، مما يؤكد أن التشريط لدى السيكوباتيين والمجرمين يتم بصورة أقل جودة مما يحدث لدى الأسوياء.

وتعد عملية التشريط واحدة من أهم حلقات المناقشة التى تربط بين السيكوباتية كعرض مرضى وبين بعدى الانبساط والعصابية، فهذا يشكل مركب يدرج فى مجال دراسات الشخصية باسم مركب السيكوباتية (والاصطلاح مرادف لاصطلاح ايزنك (Psychopathic Quardant) أى (مربع السيكوباتية). ويتكون هذا المربع من سمات العصابية الزائدة والانبساطية الزائدة). (123 : 66).

والسلوك الاجتماعى هو فى الحقيقة نتاج لعملية تشريط، وهى عملية كثيرا ما تقف فى طريقها العوائق ـ فى بعض الحالات بسبب الطبيعة التكوينية لبعض الأفراد التى لا تسمح لعملية التشريط أن تتم لديهم بنفس السهولة التى تتم بها لدى غالبية الأفراد. وسيكون من الواضح أيضا أنه حتى الشخص القابل للتشريط بسهولة لن يكتسب الاستجابات الاجتماعية التى نعتبرها مرغوبة اذا لم يمر فى الواقع بعملية التشريط التى اعتبرناها أساسية.

وأهمية التشريط تتركز فى أنه مسئول عما يسمى أحيانا بعملية التنشئة الاجتماعية أى العملية التى يملى بها المجتمع على الأطفال الصغار

والمراهقين نمطا سلوكيا يجد أنه من الضرورى للاستمرار فى الحياة، ويشمل هذا النمط بالطبع أنواعا مختلفة من السلوك تتراوح فى المراحل الأولى جدا من تعلم ضرورة التبول والتبرز فى الوعاء المخصص لذلك بدلا من الملابس أو السرير إلى أن نصل إلى مفاهيم أكثر أهمية عن السلوك المعنوى والأخلاقى والامتثال لأحكام القانون أو عدم اظهار الميول العدوانية والجنسية بطريقة علنية فاقعة وما شابه ذلك. والآن فاذا كان التشريط هو المسئول أساسا عن اكتسابنا لهذه القيم الاجتماعية، فلابد أن نتوقع أن أولئك الذين فشلوا فى اكتسابها أى الجانحين والمجرمين والسيكوباتيين، والأنماط المشابهة من الناس سيكونون من الانبساطيين بشكل عام وسنجد أنه يصعب عليهم التشريط.

وقد انتهى ايزنك إلى نتيجة عامة مؤداها: أنه مثلما يتم التشريط لدى العصابين الديستاميين بشكل أحسن مما يحدث لدى الأسوياء فأنه من المقطوع به أن التشريط لدى السيكوباتيين والمجرمين يتم بصورة أقل مما يحدث لدى الأسوياء.

هذا بالاضافة إلى أن المجموعات المجرمة والسيكوباتية تميل لاظهار انفعالية عالية تظهر فى صورة عدم اتزان انفعالى واضح.

وقد حقق ايزنك هذا التوقع تجريبيا فى دراسته (الجريمة والشخصية): فى مجال حوادث المرور ومخالفاته اتضح له أن الانبساطيين هم أكثر الناس ارتكابا لحوادث المرور وأكثر تسجيلا لمخالفاته وذلك مقارنا بالأنطوائيين.

كما اتضح له ايضاً أن المستهدفين للحوادث من السائقين وغيرهم يكونون زائدى الانبساط مع وجود انفعالى قوى اصطلح عليه بالعصابية. وبالأضافة إلى ذلك فإن السمات التى أكتشفت لدى المستهدفين للحوادث تميل جميعا لأن تقع فى نفس المربع (مربع السيكوباتية).

فالأهمال والعدوانية وعدم تحمل المسئولية والانفعالية General Emotionality والقابلية للتشتت والاندفاعية ، وأنعدام الحذر والتغير القابلية للتأثر بالنزوات الطارئة كلها سمات سيكوباتية.

وقد يعطينا هذا دليلا قويا على افتراض أن أنماط من الشخصية لديها استهداف للحوادث، وأن تلك الأنماط تشبه بدرجة ملحوظة تلك الأنماط التى يظهر بها المجرمون. ومن الأمثلة أيضاً (تجربة أجريت على عينة مكونة من ١٠٠ أمرأة مجرمة فى سجن لندن الكبير بغرض الكشف عن السمات النفسية لشخصيتهن) فتبين أن درجاتهن عالية على اختبارات العصابية والانبساطية، ويقول ايزنك أنهن قد وقعن فى نفس المربع (مربع السيكوباتية) أيضاً.

ننتهى مما سبق إلى أن السيكوباتية طراز من الشخصية يتعلق بجزء خاص من وصف الشخصية، هذا الجزء يشترك فيه سمات الانفعالية الزائدة، والانبساطية الزائدة (123 - 66:120).

ثالثاً: أعراض السيكوباتية:

الشخصية السيكوباتية نمط من أنماط الشخصية التى تندرج ضمن تصنيف الشخصية غير السوية، ولذلك كان اضطراب الشخصية السيكوباتية سواء أكان هذا الاضطراب ناتج عن شذوذ عقلى جبلى أو ناتج عن شروط بيئية مكتسبة، فإن هذا الاضطراب يتميز فى مجملة بعدم القدرة على تقبل المعايير الاجتماعية والاخلاقية السائدة، والذكاء النمطى، الاندفاعية، يعيش فى ظل اللحظة الراهنة دون أي اعتبار حقيقى للماضى أو المستقبل ودون نظر لسعادة الآخرين، ومن الناحية النمطية فهم غير ناضجين انفعاليا، ولا يتحملون المسئولية، اندفاعيين، وتنقصهم القدرة على الحكم، ولديهم القدرة على ترشيد سلوكهم بحيث يبدو لهم معقولا ومرضيا من وجهة نظرهم.

ويلخص كولمان أعراض ذلك النمط من الشخصية بالآتى :

(53:362 - 264)

أ ـ **فقدان الضمير وعدم كفايته:** ويعنى عدم القدرة على فهم القيم الاخلاقية ما عدا على المستوى اللفظى، كما تعنى عدم القدرة على

اصدار الأحكام الخلقية (وبعبارة أخرى عدم القدرة السيكوباتى على تطبيق الأحكام الخلقية السائدة فى مجتمعه على سلوكه أذ يغش ويسرق ويكذب، ولا يحافظ على الوعد. معنى ذلك أن الضمير لدى السيكوباتى مختل وغير سوى).

ب ـ **التمركز حول الذات، والاندفاع ، وعدم تحمل المسئولية:** بمعنى أن السيكوباتى لا يهمه سوى نفسه وأشباع رغباته مباشرة. كما أنه كالطفل لا يمكنه تحمل تأخير أو تأجيل اشباع هذه الحاجات الا وشعر بالاحباط الشديد اذا ما وقف عائق دون أهدافه فيندفع للحصول على مايريد دون تحذير من ضمير أو خوف من شعور بالذنب.

جـ ـ **الهيدونزم متحد بأهداف غير واقعية:** بمعنى عدم القدرة على تأجيل اللذة الحاضرة الى كسب مستقبل أو بمعنى آخر تأجيل اللذة العاجلة فى سبيل لذة أجلة. والسيكوباتى يحيا فى الحاضر دون أى اعتبارات واقعية لماضى أو لمستقبل. يستخدم كل ما تصل اليه يديه فى سبيل اشباع لذاته العاجلة، غير قادر على مواجهة الملل، ويميل إلى التغيير الدائم لعمله، التناقض الواضح بين مكانته العادية والأنا المثالية، وبالرغم من قلته فأنه يريد أن يكون (رجلاً ما) وأن يكون الأفضل ولكنه تبدو فى سلوكه معانى هزيمة الذات ظاهرة.

د ـ **نقص القلق أو عدم الشعور بالذنب:** ينزع السيكوباتى عامة إلى عدم الشعور بالذنب تجاه الآخرين فهو غالبا ما يتخذ مظهر السلوك العدوانى تجاه الآخرين دون شعور بالعار أو الذنب وأن يحاول الاعتذار عن سلوكه وتصرفاته باظهار الندم وإعلان التوبه، غير أن هذه الألفاظ لاذرة من الاخلاص فيها. وهو قادر على أعطاء أسباب وجيهة لتبرير كثير من تصرفاته قد تخدع الكثيرين منهم مما يساعده فى كثير من الأحيان على التخلص من المأزق الصعبة ليعود ثانيا إلى تكرار نفس الموقف. ومن المعروف أن الشعور بالذنب عنصر هام فى تكوين الضمير.

هـ ـ عدم القدرة على الاستفادة من الخبرات والتجارب السابقة:
السيكوباتى لا يتعلم من خبرات الحياة العادية ولا يرتدع من العقاب، ولا ينتفع من التجربة السابقة، وهم لا يعبأون بالنتائج التى يتعرضون لها من أعمالهم أو التى يتعرض لها أقاربهم فى المجتمع، فهم يبدون كما لو كانوا متحررين من نتائج أفعالهم تماما.

و ـ قدرة السيكوباتى على التمويه على انطباعاته وخداع الآخرين:
السيكوباتى له شخصية جذابه محبوبة من الآخرين، سلوكه متحرر من الغضب، له قدرة على كسب صداقات الآخرين، ومن الناحية النمطية فلديه احساس جيد بالفكاهة، وعامة فمظهره العام حسنا ويبدو مثلا للترقى الاجتماعى.

ز ـ **العلاقات الاجتماعية المعيبة:** السيكوباتى يعجز عن اقامة روابط عاطفية أو علاقات متبادلة مع غيره من الأفراد. فما دامت اهتماماته مركزة حول نفسه فلن يسمح لأى أحد آخر أن يدخل عالمه. والصداقة الحقيقية ليست من الخبرات التى يتضمنها نشاطه، ولا يقيم لأحد أى اعتبار مع استعداده للخيانه عند أول فرصة.

ح ـ **رفض السلطة الموجودة، وكذلك رفض التأديب:** السيكوباتى يسلك كما لو كان النظام الاجتماعى لا يسرى عليه، كما أنه غالبا ما يظهر عدواة لا يستهان بها نحو السلطة الموجودة، وتظهر تلك العدواة فى شكل الأفعال الاجرامية، الاندفاعية، العدائية، وكثير ما ينساق وراء الأنشطة الاجرامية، ولكنه من الناحية النمطية لا يعد مجرما محترفا.

ط ـ **قدرته السريعة على تبرير اللوم الذى يوجه إلى سلوكه الاجتماعى غير المستحسن:** السيكوباتى شخص ينقصه الاستبصار بسلوكه الشخصى، فهو على استعداد دائما لكى يكذب حتى إذا كان من الواضح له أنه بعيد عنه. وغالبا ما يوعد أن يغير من سلوكه ولكنه نادراً

ما يفعل، وهو منحل الاخلاق، وقد يكون منحرفا جنسيا، ولذلك فهو يشكل حملا عظيما على أسرته وأصدقائه، ذلك نظرا للمتاعب التى يخلقها للآخرين.

وكثيرا من أنماط ذلك السلوك قد يوجد أيضا ولكن بدرجات متفاوته فى كلا من السلوك العصابى،والذهانى، وفى الشخصية المضادة للمجتمع غالبا ما تكون كل هذه الأعراض واضحة. وفى الأعراض تكون فى حالة الذكور أكثر منها فى حالات الأناث.

رابعًا: تصنيف السيكوباتى:

يرى د. صبرى جرجس أن الشخصية السيكوباتية يمكن بأن تقع فى أحد هذين النموذجين.

الأو ل. النموذج العدوانى Aggressive

وينتمى غالبية أفراده الى الفريق المضاد للمجتمع. وهو الذى يتخذ أصحابه فى سلوكهم أسلوب العنف والعدوان، وكثيراً ما يصير الأمر بهم إلى الجريمة والاصطدام بالقانون، وليس يهم بعد ذلك ماذا تكون تفصيلات هذا السلوك، طالما أنه يتسم على وجه العموم بسمه العنف والعدوان، فقد تكون ادمان الخمر والمخدرات أو الانحراف الجنسى أو السرقة أو الهرب من العمل أو غير ذلك

والثاني: النموذج الخامل غير الكفؤ Inadequate

وينتمى غالبية أفراده إلى الفريق اللاأجتماعى. وهو الذى يتخذ آصحابه فى سلوكهم التقاعس والتراجع والخمول متجنبين الاصطدام على قدر الامكان، ومن ثم فمن النادر أن يقعوا فى قبضة القانون الا أن يكون ذلك لجرائم تافهة، وليس يهم بعد ذلك ماذا تكون تفصيلات هذا السلوك طالما أن سماته المميزة هى التقاعس والخمول والتحول البليد إلى غير هدف. ومن الجائز أن نرى بين أفراد هذا الفريق مدمنى الخمر والمخدرات والمنحرفين

جنسيا واللصوص والهاربين من العمل وغيرهم ممن رأينا بين أفراد الفريق الأول.

ونلاحظ أن بعض علماء النفس(د. صبرى جرجس ـ جيمس كولمان) يذكرون عند تصنيف السيكوباتية النموذج المتقلب انفعاليا، والمتمركز حول ذاته. وكأن هاتين الصفتين تميزان نموذجا خاصا دون غيره من نماذج السيكوباتية. وفى رأى الباحث أن التقلب الانفعالى والتمركز حول الذات سمتان يشترك فيهما جميع السيكوباتيين.

خامساً: ديناميات السلوك السيكوباتي:

فى محاولة لفهم وتفسير السيكوباتى عن طريق التشخيص المقارن بتلك الحالات السيكوباتية فرق أحد الذين قاموا بهذه المحاولة بين نوعين من أنواع السيكوباتية: (عبد الحكيم ٢٤.)

أ ـ السيكوباتي البيئي

ب ـ السيكوباتي الجبلي

والواقع أن الباحث يرى فى التقسيم محاولة لحسم خلاف طالما قام على فهم وتفسير ديناميات السلوك السيكوباتي: أيرجع هذا السلوك إلى عوامل تكوينية جبلية ناشئة عن نقص وراثى، أم نتيجة لطرز أخرى من العوامل النفسية والبيئية. هذا مع ملاحظة أن النوع الثانى من السيكوباتية ـ هو اضطراب صريح في الشخصية يدخل فى اطار الذهان، ومحاولتنا لتقديم تفسير لهذا السلوك كان محاولة لعرض هذا السلوك فى اطار من نظرية سلوكية تقوم على أسس نفسية وبيئية فى المقام الأول، هذا مع عدم اغفال العوامل البيولوجية هذه تكون بمثابة عوامل مساهمة فى أحداث هذا السلوك، ولكن مع عدم التركيز عليها، وذلك تبعا لنوع الاضطراب الذى نعرضه خلال هذه الصفحات عن السيكوباتية، وهو أن السيكوباتية سلوك عارض أو مظهر لاضطراب آخر (كالعصاب أو الذهان، أو النقص العقلى).

أولاً: العوامل البيولوجية:

تعتبر العوامل التكوينية (الجبلية Constitutional) الأساس للشخصية السيكوباتية المضادة للمجتمع ـ (من النوع الثانى) وقد أطلق على هذه العوامل: النقص السيكوباتى التكوينى، وهو نقص ناتج عن نقص وراثى :83) (177 - 176 ويظهر هذا النقص ممثلا فى السيكوباتية الأصيلة ـ يظهر مبكراً فى حياة السيكوباتين.

ويرى البعض الآخرين احتمال العيوب الولادية (فى أن تضعف مراكز الكف العليا فى الجهاز العصبى يجعل السيكوباتى أكثر عرضه للأضطراب واختلال الضمير، تحت الشروط الصادمة) .(368 - 367 ;53)

وقد استنتج ايزنك أن السيكوباتى لدية أدنى معدل من الاشراط أو التعلم الشرطى إذا ما قورن بالفرد العادى (السوى) ولذلك فأنه يفشل فى اكتساب كثير من ردود الفعل المشروطة، تلك التى تشكل الجزء الرئيسى لعملية التطبيع الاجتماعى السوى، ومن ثم يكون ناقصا فى نمو شعوره أو نمو ضميره، وبالتالى لا يكون تطبيعه الاجتماعى كفؤا لنموه هذا بينما إذا حدثت الاستجابات الشرطية الضرورية فان السيكوباتى يمكن أن يحقق مستوى كاف من التطبيع الاجتماعى.

وليس هناك دليل واضح على أن للوراثة دوراً فى النقص التكوينى الجبلى فى هذه الحالة، فقد فشلت دراسات رسم المخ أن تكشف عن عدم السواء فى المخ، فى الغالبية العظمى من الحالات، بالاضافة الى هذا فان الاشخاص المصابين بتخلف عقلى أو باضطراب فى المخ والذين يكشفون عن أنحراف فى تكوين المخ أو شذوذ ليسوا عادة سيكوباتين فى شخصياتهم (53 : 367 - 368) (67 : 264-265) (66:111 - 129,163 - 185)

ثالثاً: العوامل السيكولوچية والبيئية:

يتفق أغلب الباحثين فى موضوع السيكوباتية على أن بذور الشخصية السيكوباتية توجد فى عملية التنشئة الاجتماعية، وعلاقة الطفل بأمه خاصة

فى باكورة حياته.

ويعطى الاهتمام فى عملية التنشئة الاجتماعية إلى عملية الرضاعة، على أساس أن الأم لا تشبع بالرضاعة حاجات الطفل الجسمية فقط، ولكنها تعطيه الحب والدفء فى أحضانها له أثناء الرضاعة.

والعامل الثانى فى تكوين الشخصية السيكوباتية هو عملية التقمص والتى تساعد الطفل على أن يمتص معايير الآباء ويحكمها فى نفسه لتكوين الأنا الأعلى.

ومن نظريات هذا المجال نظرية الحرمان الأموى لبولبى وأثرها فى تكوين الشخصية الجانحة. (٥، ٦).

وتدل نتائج دراسته على أن الحرمان الأموى يؤدى إلى اضطراب الشخصية ذلك لما يأتى:

(١) عدم وجود الفرصة لتكوين تعلق فيه أشباع بالأم أو بصورتها خلال السنوات الأولى.
(٢) الحرمان لمدة تتراوح ما بين ثلاثة أو ستة أشهر خلال السنوات الأولى من العمر بابتعاد الأم فجأة عن الطفل لسبب ما.
(٣) تغير صورة الأم أو بديلاتها باستمرار خلال السنوات الأولى من العمر.

وفى رأى بولبى أن أى عامل من العوامل السابقة قد يؤدى إلى تكوين الشخصية السيكوباتية الخالية من الوجدان (١٢ : ٣٣٣).

ويضيف بعض الباحثين عوامل مساهمة فى السلوك منها:

سوء التربية، البيت المتهدم، البيت الفقير فى جوه العقلى والخلقى، الانحراف الخلقى فى أحد الوالدين أو فى كليهما، والحرمان من (الأمومة ـ الأبوة) الحقة كما يرى فى حالة زوجة الأب أو زوج الأم، والصحبة السيئة (الثلل) بالاضافة إلى الحرمان الاقتصادى، ووسائل الترفيه وخاصة الافلام السينمائية السيئة التى تساعد على تنبيه النشاط المضاد للخلق.

ويركز كولمان على شكل التفاعل الأسرى والذى يكون بمثابة العلة الأولى فى هذه المشكلة، وسلامة شخصية الوالدين وسوائهما كما قلنا، ويضرب مثلا بوجود نسبة عالية من السمات السيكوباتية لدى أباء الأولاد الجانحين (372: 53)

وتتضمن تلك السمات أدمان الكحول، والاتجاهات المضادة للمجتمع، والتغيب المتكرر من المنزل، والقسوة، والفشل فى الاعتماد على النفس وغير ذلك من الصفات التى تجعل الأب مثالا غير مرضى وغير متقبل من أبناءه، وفى حالة الفتيات فان الأباء السيكوباتين يمكن أن يشاركوا بمختلف الطرق فى السلوك الجانح لهن، والذى يتضمن التشجيع الصريح للبغاء والاختلاط الجنسى.

سادساً: قياس الانحراف السيكوباتى:

مقياس الانحراف السيكوباتى من المنيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية :

والاختبار مأخوذ من مقياس المنيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية المعروف باسم (S.R. Hathaway & McCkinly, M.M.P.I. 1951.)

ويقيس هذا الاختبار مدى استجابة الفرد الانفعالية، ويظهر فى عدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية والاخلاقية كما فى الكذب، والسرقة ، والادمان على المخدرات، والخمور، والشذوذ الجنسى.

ويتكون هذا الاختبار من ٣٤ عبارة يطلب من الفرد أن يستجيب لها بأنها تنطبق عليه أم لا تنطبق، والدرجة العالية فى هذا الاختبار تدل على أنحراف سيكوباتى. ومعامل ثبات هذا الاختبار بطريقة التصنيف باستخدام معادلة رولون (وكانت ن = ٢٠) = ٠,٩٥٥ (٤٥ : ١٣٣)، وباستخدام معادلة كودر - ريتشاردسون وجد أن معامل الثبات بالنسبة للمجموعة الاكيلينكية ٠,٤٩٤ وبالنسبة للمجموعة السوية ٠,٥٢٥ (٢٩) ويعرف هذا المقياس بمقياس أعراض الانحراف السيكوباتى من المنيسوتا.

الفصـــل الثامن

الإدمـــــــــــان

أبعاده، وكيفية تمريضه وعلاجه

- تمهيد.
- تناول العقاقير والاعتماد عليها.
- المشاكل المتعلقة بالاعتماد على العقاقير.
- حقائق حول الكحول.
- الآثار البغيضة التى يخلقها فى المرء اسرافه فى الشراب.
- الخطة التمريضية لعلاج المريض المدمن.

الفصل الثامن

الإدمان : أبعاده وكيفية تمريضه وعلاجه

تمهيد:

الإدمان من المشاكل النفسية الخطيرة التى تتفاوت أشكالها ومخاطرها على المستوى الشخصى ـ وكذلك على المستوى الاجتماعى، وذلك على نحو يماثل إلى حد كبير الأبعاد المميزة للتدرن والأمراض المعدية الأخرى.

والأدوية والعقاقير التى يمكن أن تؤثر فى أفكار الناس وفى عواطفهم ونومهم ونشاطهم الجنسى وتعاملهم مع الآخرين فى المجتمع وفى غير ذلك من الجوانب السلوكية كثيرة ومتعددة، وكثير من الباحثين لا يعتبرون الكحول عقاراً، لكنه كذلك بالتأكيد.. فهو يقود إلى الاعتماد وإلى عديد من المشكلات المترتبة عليه، ومن أبرز العقاقير التى تثير المشاكل مايلى:

(أ) العقاقير الأفيونية:

ـ الأفيون.

ـ مشتقات الأفيون، المورفين، الهيروين، الكودين.

ـ الأفيونات التخليقية مثل (الميثادون، البثدين، المبيريدين).

(ب) العقاقير المسكنة:

ـ الكحول (مثل البيرة، النبيذ، الخمور المقطرة).

ـ الحبوب المنومة.

ـ المهدئات خفيفة المفعول.

(ج) العقاقير المنبهة:

ـ المنبهات التخليقية مثل الأمفيتامين والدكسامفيتامين

ـ الكوكايين

(د) الحشيش:

ـ وهو يعرف بأسماء مختلفة فى بقاع العالم المختلفة مثل البانجو، الحشيش، الشاى الأحمر،... إلخ.

(هـ) عقاقير الهلوسة:

- داى اثيلاميد حمض الليسرجيك (ل.س.د)، ميسكالين، فسيكليدين.

(و) المذيبات/ المستنشقات الطيارة:

- الغراء، الكيروسين، التولوين، المركبات البترولية، البويات ، (أيروسول).

(ز) عقاقير أخرى:

- التبغ، بيتيل، القات، أوراق الكوكا،... إلخ.

تناول العقاقير، والاعتماد عليها:

هناك طرق متعددة لتعاطى العقاقير، تشمل : أكلها، شربها، مضغها، تدخينها أو استنشاقها، وشمها أو حشو الأنف بها، أو حقنها تحت الجلد أو بالعضل أو بالوريد وتعتمد بداية تأثير العقار على طريقة تناوله، ويكون تأثيرها سريعاً فى حالات التدخين أو الحقن فى الوريد أو حشو الأنف، وأبطأ فى حالات المضغ أو الأكل أوالحقن تحت الجلد. وكثيراً ما يحدد نوع العقار المستعمل فى حالات المضغ أو الأكل أو الحقن طريقة تعاطيه، فمثلا يشرب الكحول عادة بينما يحقن الهيروين أو يدخن، وبعض العقاقير يمكن تناولها بطرق متعددة مثل الكوكايين والفنسيكليدين. وبعض العقاقير يكون لها تأثير أسرع فى الدماغ من تأثير غيرها.

ويصبح الشخص معتمداً على عقار ما أو على الكحول عندما يصعب أو يستحيل عليه التوقف عن تعاطيه بدون مساعدة على ذلك بعد أن يكون قد تعاطاه بانتظام لمدة من الزمن، ويمكن أن يكون الاعتماد على العقار : بدنياً / أو نفسياً/ أو كليهما.

وعندما يكون الاعتماد بدنياً، يعتل الشخص عندما يوقف تعاطى العقار أو شرب الكحول فمثلا عندما يوقف شخص تعاطى الأفيون بعد أن يكون قد استعمله بانتظام مدة من الزمن قد يحدث ما يلى: آلام بالعضلات، تقلصات

بالبطن، قيء، إسهال، عرق، زكام، إدماع العيون، قلة النوم. وعندما يكون الشخص معتمداً بدنياً على الكحول أو الحبوب المنومة فسوف يحس بأعراض تتراوح ما بين البسيطة والشديدة عندما يمتنع عن تعاطيها، ومن بينها الحمى، المخاوف أو سرعة التهيج أو التشوش أو عنف السلوك أو التشنجات. وعموماً كلما كانت جرعات العقار المتناول كبيرة كانت العلامات والأعراض أشد.

والعلامات والأعراض التى تحدث بعد إيقاف تناول العقار تسمى مرض الامتناع Withdrawal Illness. وتشمل العقاقير التى تسبب مرض الامتناع:

ـ العقاقير المهدئة بما فيها الكحول، والأفيونات.

وأغلب العقاقير الأخرى تسبب أعراضاً بدنية أخف أثناء إيقاف استعمالها مثل (تغيرات النبض وضغط الدم، ولكن قد تكون الأعراض الانفعالية والسلوكية قوية (مثل النوم أو سرعة التهيج أو عدم القدرة على التركيز أو العمل)، وقد تستمر هذه الأعراض عدة أسابيع أو حتى عدة أشهر، ولكن يتوقع أن تنتهى خلال عام على الأكثر، إن لم يعد الشخص إلى تناول العقار.

وعندما يكون الاعتماد على العقار نفسياً يحس المرء برغبة قوية فى الاستمرار فى تعاطى العقار، بعد أن يكون قد انتظم فى أخذه (أو تناوله) مدة من الزمن. وعند الامتناع عن التعاطى يصبح المرء قلقاً، سريع التهيج، كثير الحركة، وقد يحس بالاكتئاب ويضطرب نومه. وتزول هذه المشاكل بعد بضعة أسابيع، لكن الرغبة الملحة فى تعاطى العقار قد تعاود الإنسان مرة أخرى، وربما يكون في ذلك بعد عدة سنوات.

وفى معظم من يسيئون استعمال العقاقير والكحول، يصعب التمييز بين الاعتماد البدنى والاعتماد النفسى لتداخل الحدود فيما بينها. لكن بغض النظر عن ذلك، من المفيد أن نضع فى الاعتبار أن للعلاج هدفين:

الأول : هو إيقاف التعاطى أو خفضه، وهذا قد يؤدى إلى مرض الامتناع.

والثانى : هو تحاشى العودة إلى التعاطى بمغالبة الرغبة فيه، وإيجاد طرق أخرى لمعالجة الضغوط النفسية والاجتماعية التى قد تؤدى إلى الاعتماد على العقاقير.

المشاكل المتعلقة بالاعتماد على العقاقير وتناول الكحول:

قد يسبب إدمان العقاقير وتعاطى الكحول مشاكل تتعلق بالصحة (بدنية وعقلية) أو بالسلوك أو بالأسرة، أو فى نطاق العمل أو المال أو القانون، وأولئك الذين يعتمدون على العقاقير والكحول يقعون فريسة للمرض أكثر من غيرهم، وبما أن مستواهم الغذائى غالباً ما يكون ضعيفاً، فكثيراً ما يصابون بأمراض بدنية، وتنتشر بينهم العدوى وخاصة فى الجلد والجهاز التنفسى والمسالك البولية، كما أن هناك ضروباً من الإصابات ترتبط أيضاً بهذه السميات Intoxication مثل حوادث المرور والسقوط والحريق والغرق وإصابات العمل.

وبعض الأمراض مرتبطة بطريقة التعاطى. فابتلاع الكحول والعقاقير مثلا قد يؤدى إلى اضطرابات بالمعدة. كما أن مضغ العقار قد يؤدى إلى متاعب صحية بالفم والمعدة. والتدخين قد يؤدى إلى تهيج الحلق والحنجرة والرئة، كما أن استنشاق Sniffing العقار يؤدى إلى تورم الممرات الأنفية. وقد يؤدى حقن العقار إلى تلف الأوعية الدموية مسبباً عدوى منتشرة فى الجسم كله.

إن إساءة استعمال العقاقير والكحول كثيراً ما تسبب مشكلات انفعالية ونفسية. فقد تضعف الذاكرة وتتغير الشخصية أو تتدهور، كما أنه قد يصبح من الصعب العيش مع الشخص المضطرب إذ يصبح عصبى المزاج، سريع التهيج، متقلب الأهواء، غير منطقى فى تصرفاته، أو قد ينطوى وينزوى بنفسه عن الحياة الاجتماعية. كما أنه قد يصبح مكتئباً أو عصبياً ويجب أن

نضع فى الاعتبار أن تأثير العقار إنما يعتمد على :

(أ) نوع العقار المستعمل.

(ب) شخصية المتعاطى وإمكاناته الجسمية والمزاجية والعقلية والاجتماعية والمادية.

(ج) الظروف الاجتماعية التى يعيش الفرد فى إطارها، هذا على مستوى الفرد.

أما على مستوى الأسرة والجماعة، فلابد لهذه المشاكل الصحية والنفسية من أن تؤثر فى الأسرة أيضاً. فكثيراً ما تتأزم الأمور ويكثر النقاش فى محيط الأسرة التى قد ينفق دخلها على شراء العقاقير والخمور، ومن شأن نقص الإنتاجية أن يؤدى إلى مزيد من النقص فى دخل الأسرة، وقد تفضى مثل هذه الظروف إلى إهمال العناية بالأطفال أو اضطراب العلاقات الجنسية بين الزوجين. ويمكن أن يؤدى الاعتماد على العقاقير وشرب الكحول إلى مشاكل تنسحب على المجتمع بأسره. فلابد من صرف الأموال الحكومية على تطبيق القوانين والرعاية الطبية، وعندما ينتشر تعاطى العقاقير وشرب الكحول تنهار أسر بكاملها ويهمل الأبناء الذين يشكلون الدعائم الأساسية لقوة بلدانهم ومستقبلها.

ونعرض فيما يلى الاختلالات النفسية والاجتماعية التى يمكن أن تكون قرينة على إساءة استعمال العقاقير:

١ ـ **العقاقير الأفيونية:** إذا أخذ الشخص مجموعة كبيرة من أحد هذه العقاقير فقد تنتابه غيبوبة أو قد يموت، كما يظهر مرض الامتناع Withdrawal Illness على الشخص إذا مضت مدة دون أن يتعاطى، ومن ظواهر هذا المرض تقلص العضلات، والقيء، والإسهال، وتصبب العرق واضطراب النوم.

٢ ـ **العقاقير المهدئة (بما فيها الكحول):** قد تظهر المشاكل التالية: يصيب الأذى الكبد والمعدة (خاصة مع الكحول) ويتلف الدماغ والأعصاب،

وتحدث الإصابات والمشاجرات فى حالة التسمم Intoxication. وتفقد الذاكرة ويظهر الارتعاش وعندما يوقف كثيرو الشرب تناول الخمر يصابون بمرض الامتناع فيظهر عليهم التخليط الذهنى والعنف، والخوف المفرط وأحياناً التشنجات.

٣ ـ **العقاقير المنبهة**: وهذه قد تسبب أمراضاً عقلية مثل الاكتئاب وشدة المخاوف والشك.

٤ ـ **الحشيش**: كثيراً ما يظهر على متعاطيه عدم الاهتمام بصورة عامة، أو يصابون باختلال عقلى مع نوبات من التخليط الذهنى والاكتئاب.

٥ ـ **عقاقير الهلوسة**: قد تظهر علامات الاعتلال العقلى على المتعاطين مع التخليط الذهنى والاكتئاب.

٦ ـ **التبغ** (تدخيناً): يؤدى مع طول المدة إلى أمراض الرئتين والقلب.

٧ ـ **البيتيل** (مضغاً) قد يسبب السرطان والتهابات الفم.

٨ ـ **القات** (مضغاً): قد يؤدى إلى اضطرابات بالمعدة والإمساك.

٩ ـ **مسكنات الألم**: قد تسبب تلفاً بالمعدة والكلى.

وفيما يلى نتعرض بالتفصيل لإدمان الكحول وكيفية تمريض المدمن عامة:

أولا ـ حقائق حول الكحول:

١ ـ يعتبر الكحول من المواد مرتفعة أو عالية السعرات الحرارية Calorie، ولكنها لا تحتوى على أى قيمة غذائية Nutrients.

٢ ـ دلت الاختبارات المعملية على أن أخطاء الحكم يمكن أن تحدث عندما يمتص الكحول فى دم المدمن.

٣ ـ الكحول ليس عقاراً مثيراً للشهوة الجنسية Aphrodisiac، فالزيادة فى الرغبة الجنسية ترجع فقط إلى أنها انعكاس للكف الاجتماعى المصاحب لتلك الرغبة.

٤ ـ أن نصف الإصابات التى تحدث بواسطة حوادث السيارات تحدث نتيجة تعاطى السائقين للكحول.

٥ ـ لا ينصح باستهلاك الكحول إذا كان الشخص يأخذ مسكنات Seda-tivesأو إذا كان يشعر بالصرع، أو أمراض الكبد، أو القرحة المعدية.

٦ ـ أن السكر بالكحول يورط فى حوادث كثيرة منها الانتحار، القتل، حوادث الغرق.

ثانياً ـ الآثار البغيضة التى يخلقها فى المرء إسرافه فى الشراب Hangovers

تشكل تلك الآثار البغيضة التى يخلقها فى المرء إسرافه فى الشراب حالة جسمية مصاحبة بالأعراض الرئيسية الآتية:

١ ـ صداع حاد مصاحب بخفقان Throbbing، واضطراب فى المعدة، ويحدث هذا نتيجة العمليات الآتية:

١ ـ أن بطانة جدران المعدة تكون متهيجة نتيجة الكحول الزائد.

٢ ـ يحدث فصل بين عنصرى الخلية بسبب أن الكحول الزائد يفوق طاقة الكبد وقدرته على تصريف هذه الزيادة فى الكحول.

٣ ـ أن مستوى الكحول يمكن أن يؤدى إلى تأثير صارم فى الجهاز العصبى المركزى.

الخطة التمريضية لعلاج المريض المدمن:

١ ـ دفع المريض للامتناع عن تعاطى الكحول / أو العقار.

٢ ـ محاولة تقبل المريض مع الفهم لحالته، وعدم إصدار أحكام تجاهه.

٣ ـ أن نضمن أن المريض لديه استبصار بأهداف علاجه.

٤ ـ أن نضمن أن الأهداف الموجهة تجاه المريض هى أهداف واقعية وفى متناول الطبيب والممرضة.

٥ ـ التدعيم الإيجابي لسلوك المريض فى محاولة تحقيق تلك الأهداف فى كل مرحلة من مراحل العلاج وذلك فى محاولة دفعه إلى الشفاء.

٦ ـ محاولة إصلاح جوانب النقص فى شخصيته.

٧ ـ زيادة إحساس المريض بقيمته الذاتية.

٨ ـ تشجيع المريض على الاشتراك فى الأنشطة المختلفة.

٩ ـ تعليم المريض ماهية الخبرات المؤذية (الضارة) عن تأثير الكحول أو العقار المستعمل فى الدم والجسم.

١٠ ـ أن نعمل على تدعيم العلاج البيئى والذى يمكن أن يناقشه المريض، وإكسابه الاستبصار بمشاكله.

١١ ـ تشجيع المريض على الاشتراك فى العمل الجماعى Teamwork، وتدعيم مساعدة المريض فى محاولة التخلص من مشاعره السلبية.

١٢ ـ توفير النوم المريح والأمن للمريض.

١٣ ـ تقديم الاستشارة الدائمة، والتأييد الدائم للمريض.

١٤ ـ الاتصال وتدعيم التأييد لأسرة المريض وذلك فى محاولة لإنجاز أهداف العلاج.

الفصـــل التاسع

معدلات انتشار الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية والتدابير الممكنة لمواجهتها

- تمهيد.
- التخلف العقلى والقصور المعرفى.
- الآفات المكتسبة فى الجهاز العصبى المركزى.
- تلف الجهاز العصبى المحيطى.
- الاضطرابات الذهانية.
- حالات الخرف/ الخبل
- الصرع
- الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
- إدمان الكحول والمخدرات
- الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسى
- استنتاجات .

الفصل التاسع

معدلات انتشار الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية والتدابير الممكنة لمواجهتها(١)

تمهيد:

مع انخفاض أعداد المصابين بالأمراض المعدية Infectious Disease فى جميع أنحاء العالم أخذت المشكلات التى تطرحها الأمراض غير السارية تلقى قدراً متزايداً من الاهتمام. ومن بين هذه المجموعة من الأمراض ربما كانت الاضطرابات العصبية والنفسية هى التى تفضى إلى أكبر معدلات المرض Morbidity والإعاقة Disability فى أى مجتمع بعينه. ومما يؤسف له أن معظم الناس، ومن بينهم كثيرون من أبناء المهن الصحية ليست لديهم فكرة واضحة عن مدى ضخامة هذه المشكلة، فهم يساوون بين الاضطرابات العقلية بصورة عامة وبين ما كان يسمى فى الماضى (الجنون Insanity، الذهان الوخيم Sever Psychosis ، ولا يدركون نطاق الأعراض التى تنجم عن الأعراض المختلفة من الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية الاجتماعية.

إن الدراسات الوبائية Epidemiological Studies الثابتة للاضطرابات النفسية والعصبية فى بلدان إقليم شرق البحر المتوسط جد قليلة، ويعرض الجدول رقم (١) معدلات الانتشار المقدرة للاضطرابات النفسية والعصبية الشائعة، بناءً على الإحصاءات المتاحة من الإقليم، إلى جانب احصاءات من بلدان أخرى نامية ومتقدمة.

وتشير التقديرات المتحفظة إلى أنه يوجد فى إقليم شرق البحر المتوسط

---

(١) أعدها د. N.N. Wig على أساس الورقة التقنية المعنونة (حفظ الصحة النفسية وتعزيزها) والتى قدمت فى الدورة الخامسة والثلاثين للجنة الإقليمية لشرق البحر المتوسط، جنيف، أكتوبر ١٩٨٨ ، النشرة الوبائية لإقليم شرق البحر المتوسط، العددان ١٢، ١٣، يناير ١٩٨٩، ص١٤-٢٤.

عشرون مليونًا من الناس على الأقل يعانون من الاضطرابات النفسية والعصبية، وكان بالإمكان حماية نصف هؤلاء الناس على الأقل من هذه الأمراض وما ينجم عنها من إعاقات لو أن التدابير الوقائية المتاحة اليوم قد طبقت على نحو صحيح. أضف إلى ذلك أن أكثرية من يعانون اليوم من اضطرابات نفسية وعصبية يمكن أن يستفيدوا كثيرًا بالمعالجات الحديثة. غير أنه لا يستطيع الوصول إلى هذه المعالجات إلا نسبة صغيرة فقط من بينهم.

وفيما يلي نناقش معدلات انتشار بعض الأنواع الشائعة من الاضطرابات النفسية والعصبية التي تشاهد في إقليم البحر الأبيض المتوسط، إلى جانب بعض الاقتراحات المتعلقة بالوقاية منها:

جدول رقم (٩)

معدلات الانتشار المقارنة لبعض الاضطرابات النفسية والعصبية

Disorders	معدل الانتشار	الاضطراب
Mental Retardation:		١ ـ التخلف العقلي
Below the age of 18 years:		دون سن ١٨ سنة من العمر
- Severe (I.Q. less than 50)	٣ ـ ٤ لكل ١٠٠٠	ـ وخيم (حاصل ذكاء أقل من ٥٠)
- Mid to Moderate (I.Q. 50-70)	٢٠ ـ ٣٠ لكل ١٠٠٠	ـ طفيف إلى متوسط (حاصل ذكاء من ٥٠ ـ ٧٠)
Psychotic disorders: Schizophrenia, affective psychosis	٥ ـ ١٠ لكل ١٠٠٠	٢ ـ الاضطرابات الذهانية: الفصام، الذهان العاطفي... إلخ
Epilepsy	٥ ـ ١٠ لكل ١٠٠٠	٣ ـ الصرع
Dementia	١٠٠ لكل ١٠٠٠ فوق سن ٧٠ سنة	٤ ـ الخبل (العته)
Acquired lesions of central nervous system	٥ ـ ١٠ لكل ١٠٠٠	٥ ـ الآفات المكتسبة في الجهاز العصبي المركزي
Emotional & Conduct disorder	٥٠ ـ ١٥٠ لكل ١٠٠٠	٦ ـ الاضطرابات الانفعالية والسلوكية
Somatic Symptoms of Psychological Origin	١٥ ـ ٢٥٪ من كل الحالات المشاهدة في العيادات العامة	٧ ـ الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي

١ ـ التخلف العقلى والقصور المعرفى:

Mental Retardotion & Congnitive Deficit

إن انتشار التخلف العقلى الوخيم دون سن الثامنة عشرة (ويستدل علي بانخفاض حاصل الذكاء إلى أقل من ٥٠، ووجود إعاقات isabilities كبيرة فى الوظائف الذهنية والاجتماعية تصحبها فى العادة شذوذات عصبي Neurological Abnormalities يبلغ معدله على وجه التقريب ٣ أو ٤ فى الألف، أما معدل انتشار التلف العقلى الطفيف إلى المتوسط (ويستدل علي بأن حاصل الذكاء يكون ما بين ٥٠ و ٧٠، وأن الأداء المدرسى للطفل يكون ضعيفاً فى حالة المهام الذهنية المعقدة) فيبلغ تقريباً ٢٠ ـ ٣٠ فى الألف، ومن المرجح أن تكون هذه الأرقام أقل من الحقيقة الواقعة فى البلدان النامية Developing Countries بهذا الإقليم نظراً لاستمرار وقوع التخلف العقلى الذى يمكن اتقاؤه، والذى ينجم عن الحالات التالية:

أ ـ قصور رعاية الحوامل.

ب ـ طرق التوليد الخاطئة التى تؤدى إلى إصابات الولادة Birth trauma

جـ ـ إصابات الجهاز العصبى المركزى بالأمراض الجرثومية والطفيلية.

ومن الأهمية بمكان فيما يتعلق بمعدلات الانتشار لحالات التخلف العقلى الطفيف وسوء التكيف السلوكى التى تنجم عن المشاكل المتداخلة فيما بين سوء التغذية والمرض المعدى وضعف التنبيه الإدراكى لدى الأطفال الرضع الذين ينشأون فى الأسر شديدة الفقر والحرمان.

وهناك تدابير عديدة يمكن أن تسهم فى الوقاية من التخلف العقلى وهى تشمل ما يلى:

١ ـ النهوض برعاية الحوامل، وما حول الولادة بتثقيف وتدريب الفئات التالية:

(أ) النساء اللاتى فى عمر الإنجاب (مثلا : بشأن المخاطر الوراثية،

والمباعدة بين الحمل والآخر، وتعاطى المواد الضارة مثل التبغ، والكحول، وغير ذلك من العقاقير).

(ب) النساء الحوامل والأمهات مثلا بشأن التغذية الملائمة بما فيها تقويم حاجاتهن مثل حاجتهن إلى اليود، ومزايا الرضاعة الطبيعية، وإعداد الطعام بطريقة صحية).

(ج) العاملون الصحيون (مثلا، بشأن التعرف على حالات الحمل عالية الخطر، ومهارات تثقيف العائلات حول الوقاية والعلاج الملائم).

٢ ـ تحسين رعاية الرضع والأطفال بإسداء الخدمات لهم فى المجالات التالية:

(أ) التطعيم ضد الأمراض التى قد تؤثر على الدماغ.

(ب) التعرف المبكر على هذه الأمراض وعلاجها كما ينبغى.

(ج) التعرف المبكر على الإعاقات الحسية Sensory Handicaps مثل ضعف البصر.

(د) دعم الأسرة وتوجيهها.

(هـ) تجنب حوادث الطفولة.

(و) توفير تسهيلات الحضانة Nursery لأطفال الأمهات العاملات.

(ز) تجنب المعالجة الطويلة (لأى مرض) داخل المؤسسات.

(ح) تعليم الوالدين مهارات الأبوة والأمومة.

٢ ـ الآفات المكتسبة فى الجهاز العصبى المركزى:

Acquired Lesions of the Central Nervous System

ثمة مصدر رئيسى للقصور النفسى والعصبى Mental & Neurological Impairment يتمثل فى تلف أنسجة الدماغ Damage to brain tissue الناجم عن الإصابات، والأمراض الجرثومية والطفيلية والاعتلال المخى الناجم عن ضغط الدم المرتفع Hypertensive encephalopathy، والملوثات (كأول

أكسيد الكربون، والمعادن الثقيلة، والمخصبات الكيماوية، ومبيدات الحشرات) ونقص الأغذية الأساسية Nutrients وغير ذلك من الحالات. ويتضح من ناتج عمليات مسح عديدة أجريت فى إقليم شرق البحر المتوسط أن اضطرابات عوز اليود Iodine deficiency تمثل مشكلة صحية عمومية فى ١١ بلداً من بين بلدان الإقليم الثلاثة والعشرين. ويقدر على وجه التقريب أن ما لا يقل عن ١٢ مليون نسمة فى الإقليم مصابون بأنواع مختلفة من اضطرابات عوز اليود Iodine deficiency disorders . ويتعرض أطفال هذه البلدان بصفة خاصة لخطر الإصابة بالاضطرابات النفسية والعصبية المصاحبة لما يصيب الجنين من ضمور بسبب هذا النقص.

كما أن الاثار الموهنة للحوادث المخية الوعائية Cerebrova Scular الناجمة عن عدم التحكم فى ارتفاع ضغط الدم Hypertension أصبحت مشكلة سريعة التزايد فى البلدان النامية، كذلك نجد أن التهاب السحايا المخية النخاعية Cerebrosphinal meningitis ، وداء الانكوسركية كلابية الذنب Onchocerciasis ، وداء الكيسات المذنبة Cysticercosis هى مصادر رئيسية للاضطرابات العصبية النفسية Neuropsychiatric فى عدد من البلدان. كما يمكن أن تتأثر الكفاءة المعرفية Cognitive efficiency بالأمراض الطويلة الدوام حتى ولو لم تصب الدماغ مباشرة، وباستخدام الأدوية ذات التأثير النفسى لمدة طويلة.

ويتفاوت معدل الانتشار التقديرى لهذا النوع من الاعتلال من بلد إلى آخر، ولكنه يظل على الأرجح ضمن نطاق يتراوح بين ٥ و ١٠ فى الألف فى معظم البلدان.

والتدابير الوقائية الصالحة فى هذا المجال يمكن أن تشمل:

توفير الملح المعالج باليود، وسرعة معالجة فرط ضغط الدم، وأمراض الجهاز العصبى المركزى، والوقاية من الحوادث، والتحكم فى الصرع، والحماية ضد الملوثات والسموم (الصناعية) فى مجال العمل وغيرها من

الأماكن. كما أن معالجة ادمان المخدرات والكحول يمكنها أيضاً فى معظم الحالات أن تقى من التلف الدماغى الوخيم Serious brain damage الذى ينتج من تعاطى هذه المواد مدداً طويلة.

٣ ـ تلف الجهاز العصبى: Peripheral nervous system damage

من شأن القوت غير الكافى أو غير المتوازن أو هما معاً، بالإضافة إلى الأمراض المتعلقة بالأيض Metabolic diseases (كالداء السكرى Diabetes) والأمراض المعدية (كالجذام Leprosy) والرضوض، والسموم، أن تسبب اعتلالات عصبية محيطية معوقة Incapacitating Peripheral Neuropathies، وهذه بدورها يمكن أن تسبب إعاقات، وبالتالى مشاكل اجتماعية ونفسية.

ومن الصعب تقدير مدى انتشار هذه الاضطرابات لأنها تختلف باختلاف معدلات انتشار الأمراض الأخرى (مثل الداء السكرى والجذام)، والمهن السائدة فى المجتمع السكانى وغير ذلك من العوامل.

وتشمل التدابير الوقائية إجراءآت موجهة نحو المرض الأصلى، فضلا عن التثقيف الصحى Health Education الذى يمكن أن يقى من إعاقات ثانوية خطيرة (كعمليات بتر الأقدام فى حالة الداء السكرى المصحوب بتلف الأعصاب الطرفية).

٤ ـ الاضطرابات الذهانية : Psychotic Disorders

إن معدل انتشار الاضطرابات النفسية الوخيمة مثل الفصام Schizo-phrednia، والذهان العاطفى Affective Psychosis، وغير ذلك من الاضطرابات الذهانية يبلغ بالتقدير المتحفظ مستوى لا يقل عن ١٪، كما أن معدل انتشار الفصام وفقاً لعمليات مسح متعددة يبلغ ٢-٤ فى الألف. وليس هناك اختلافات ملحوظة فى هذه الأرقام بين البلدان النامية والبلدان المتقدمة.

أما معدل الاضطرابات الاكتئابية Depressive disorders فهو أكثر ارتفاعاً عن هذه المعدلات بعدة أضعاف. وقد لوحظ ارتفاع يسترعى النظر فى معدلات وقوع الاضطرابات الاكتئابية فى بعض البلدان مؤخراً. ويمثل حجم الخدمات العلاجية المتاحة ونوعها إلى جانب مواقف الأسرة والمجتمع تجاه المرضى المصابين بهذه الاضطرابات عوامل حاسمة بالنسبة إلى حصيلة هذه الحالات.

لقد وضح مراراً أن المعالجة الفعالة Affective treatment للحالات الذهانية يمكن أن تقدم على أيدى موظفى الرعاية الصحية العمومية العاملين فى الخدمات الصحية المحيطية بعد تزويدهم بتدريب قصير، شريطة توفير عدد منتظم من عدد قليل من الأدوية ذات التأثير النفسى، وإيجاد نظام مناسب للإحالات والإشراف. ولا توجد حتى الآن وقاية أولية محققة ضد معظم الحالات الاكتئابية، ومن ناحية أخرى توجد مبينات قوية على أن المعالجة الملائمة يمكن أن تخفض درجة الإعاقة، وتقلل كثيراً من احتمالات الانتكاس بعد أن تتحقق هدأة المرض. كما أن من شأن المعالجة الملائمة أيضاً أن تقلل كثيراً من الكروب التى تتعرض لها أسر المرضى والمجتمعات المحيطة بهم. ويبدو أن مسار وحصيلة الفصام وما يتصل به من اضطرابات أفضل كثيراً فى البلدان النامية. ويمكن فى تلك البلدان معالجة نسبة كبيرة من المصابين بالفصام فى العيادات الخارجية.

٥ ـ حالات الخرف/ الخبل Dementias:

ليس الخرف أو الخبل جزءاً من عملية الشيخوخة Ageing الطبيعية وإنما هو مرض يتعين البحث عن سببه ثم معالجته إن أمكن، ويمكن للأمراض المتعلقة بالأيض Metabolic والانسحابية Toxic ، والمعدية Infec-tious ، والدورانية Circulatory أن تسبب كلها قصور الوظيفة المعرفية Congnitive Function ، أن هذه الاضطرابات تمثل عبئاً هائلاً على الخدمات الصحية، نظراً لأن نسبة متزايدة من السكان أصبحت تعيش حتى

أعمار مرتفعة، وبالتالى تتعرض لحالات الخرف الشيخوخى Senile Demen-tias من النمط الدهايمر Alzheimer Type ، ولقد قدر معدل انتشار الخرف الشيخوخى بين الأفراد البالغين من العمر ٧٠ سنة فأكثر بما يتراوح بين ١٠٠ و ٢٠٠ فى الألف فى البلدان التى أجريت بها عمليات مسحية.

وهناك تقارير متفرقة عن معدلات وقوع منخفضة للخرف فى بعض البلدان النامية فى أفريقيا، وهذه التقارير جديرة باهتمام خاص نظراً لأنها قد تقدم مدخلاً مهماً لمعرفة مسببات الحالة وكيفية الوقاية منها. ولم تتأكد بعد هذه التقارير بدراسات أخرى فى مناطق أخرى من العالم.

ولم يكتشف حتى الآن علاج ناجع ضد الخرف، غير أن هناك أنشطة وقائية هامة يتعين تنفيذها فيما يتعلق بهذا المرض، وهى تشمل:

١ ـ تدريب الموظفين الصحيين على طرق تشخيص الخرف الكاذب Pseu-dodementia لدى المسنين Elderly ـ وهو متلازمة مثل الخرف تظهر خلال مسار أمراض أخرى مثل الاكتئاب، وبعض الأمراض المتعلقة بالأيض المعنية) ويوجد علاج ناجع ضده.

٢ ـ دعم الأسر التى ترعى مرضى مصابين بالخرف.

٣ ـ تحسين المرافق التى تقدم الرعاية المؤسسية بع الوقت للمصابين بالخرف.

٤ ـ تفادى التلف العلاجى المنشأ Latrogenic Damage (الذى ينشأ مثلا بسبب التعاطى الخاطئ للأدوية المختلفة فى معالجة العلل البدنية للمسنين) والذى يمكن أن يؤدى إلى متلازمات الخرف أو يفاقمها.

٦ ـ الصرع Epilepsy:

يتراوح معدل انتشار الصرع بين السكان من ٣ إلى ٥ فى الألف فى البلدان الصناعية، ويصل إلى ١٠ بل حتى ٢٠ فى الألف فى بعض مناطق العالم النامى. وهذا الفارق الكبير فى المعدلات حيث يبلغ ستة أضعاف أدناها يتيح مقياساً لما يمكن إنجازه بواسطة برنامج شامل للوقاية فى البلدان النامية. ويختلف مدى الإعاقة الاجتماعية Social Handicap الناجمة عن

الصرع باختلاف نوع، ومدى كفاية المعالجة الطبية، ومدى تقبل المجتمع أو دعمه للمصاب بالصرع. ففى كثير من البلدان النامية لا يلقى معظم مرضى الصرع أى معالجة أو قدراً قليلا منها، ونتيجة لذلك فهم يعانون من إصابات بدنية وإعاقات اجتماعية كان يمكن تفاديها.

ويمكن معالجة الصرع فى إطار الرعاية الصحية الأولية، ومن شأن ذلك أن يفيد كإجراء وقائى ضد التلف الدماغى الثانوى Secondary Brain Damage، والإصابات، ونبذ المريض من قبل المحيطين به، وعديد من المشاكل العائلية الأخرى. والآن هناك اتجاه سائد لمعالجة الصرع ضمن رعاية الصحة النفسية فى مراكز الرعاية الصحية الأولية.

٧ ـ الاضطرابات الانفعالية والسلوكية:

Emotioal and Conduct Disorders

يقدر وقوع هذه الاضطرابات (العصابية Neurotic، واضطرابات الشخصية Perosnality Disorders) بتواتر يتراوح من ٥ إلى ١٥ ٪ بين عامة السكان، ولا تلزم معالجة لكافة هذه الحالات ولكن بعضها (مثل اضطرابات القلق الشديد Severe Anxiety Disorders) يمكن أن يؤدى إلى إعاقات وخيمة.

وبعض اضطرابات السلوك الشائعة بين تلاميذ المدارس والتى تعوق تحصيلهم المدرسى وتكيفهم مع المجتمع، غالباً ما تستجيب للتدخلات البسيطة Simple Treatment مثل (المعالجة السلوكية Behaviour، وتوجيه الوالدين Parent Counselling) ويمكن تعليم الطرق العلاجية المتعلقة بعدد من هذه الاضطرابات لموظفى الخدمات الصحية العمومية، أما الطرق الوقائية النوعية فليست معروفة بوضوح، وإن كان هناك عدد من التقنيات التى يمكن استعمالها لمغالبة الكروب المفرطة وبالتالى تفادى وقوع نتائجها المرضية.

٨ ـ إدمان الكحول والمخدرات:

Alcohol and Drug Dependence

بفضل التقاليد الإسلامية توجد فى معظم بلدان الإقليم لحسن الحظ أدنى معدلات المشاكل المتعلقة بالكحول . غير أن الصورة ليست مشرقة على هذا النحو بالنسبة للمخدرات. وتوجد بينات قوية على أن هذه المشكلة أخذة فى الازدياد فى بلدان كثيرة، ومع ذلك فلا يزال هناك نقص فى الإحصاءات الدقيقة. فمعظم الحالات ذات المشاكل المتعلقة بالعقاقير لا تصل إلى الوحدات الصحية بسبب الوصمات الاجتماعية Social Stigma والقيود القانونية، وقلة الخدمات. لقد كانت حالات ادمان المخدرات المترددة على الخدمات الصحية فى هذا الإقليم حتى وقت قريب حالات نادرة ويتمثل أغلبها فى تعاطى العقاقير التقليدية كالأفيون والحشيش ولكن الصورة تغيرت على نحو مثير فى الثمانينيات. مثال ذلك أن إحدى المستشفيات النفسية كانت تسجل أقل من ثلاثين حالة سنوياً قبل عام ١٩٨٠، ولكنها سجلت أكثر من ٦٠٠ حالة فى عام ١٩٨٧ وكان أغلبها يتعلق بتعاطى الهيروين Heroin dependence . ولقد أبلغ عن معطيات مماثلة من بعض المستشفيات الكبيرة الأخرى بالإقليم. وفى دراسة أجريت فى إحدى المستشفيات أبلغ أن عدد المتعاطين المنتظمين يبلغون حوالى ١ ٪ من مجموع الطلاب.

ويلاحظ أن المشكلات المتعلقة باستعمال المواد ذات التأثير النفسى Psychoactive Substances ليست مقصورة على العقاقير المحظورة Illicit Drugs، فهناك قدر كبير من الاستعمال الخاطئ للمستحضرات الصيدلانية Pharmaceutical Products المباحة وإساءة استعمالها. ومما يؤسف له أنه أصبح من الشائع فى المجتمعات الحديثة اللجوء إلى العقاقير كلما ألمت مشكلات اجتماعية أو نفسية، ومن العناصر الخطيرة فى هذه المشكلة الإفراط فى وصف العقاقير ذات التأثير النفسى.

ويلاحظ أن أنماط العقاقير Drug abuse في بلدان الإقليم ترتبط بالظواهر الاجتماعية مثل ظروف المعيشة المتغيرة، والانعزالية Alienation، وفقد الهوية الثقافية Lack of Cultural Identity ولاسيما بين الشباب.

ويقوم بعض من لا يقدرون العواقب باستغلال ما ينجم عن هذه الظواهر من صراعات، وشعور بعدم الأمان فيروجون المخدرات لأغراض الربح. ومن بين ما يروجونه عقاقير إدمانية مثل الهيروين Heroin، والكوكايين Cocaine، ومما يزيد الأمر سوءاً عدم فاعلية السياسات الوطنية لمكافحة المخدرات، وعدم كفاية التنسيق بين برامج مكافحة المخدرات على الصعيدين الوطني والدولي.

وإذا أريد اتقاء ادمان المخدرات ومكافحتها يتعين بذل جهود متزامنة للإقلال من العرض والطلب على السواء. وتتطلب هذه الجهود التنسيق بين قطاعات عدة. ولدور القطاع الصحي أهميته في الاكتشاف المبكر للحالات. ومعالجة وتأهيل الأشخاص المعتمدين على العقاقير فضلاً عن تخفيض الطلب على العقاقير بترويج أساليب المعيشة الصحية على مستوى الفرد والمجتمع.

٩ ـ الأعراض الجسمية ذات المنشأ النفسي:

Somatic Symptoms of Psychological Origin

كثير من المرضى الذين يترددون على العاملين بالرعاية الصحية الأولية، أو مرافق الرعاية الصحية التابعة لخدمات الصحة العمومية يتقدمون بأعراض جسمية لا يعثر لها على مسببات عضوية، أو يشكون من اضطراب وظيفي Dysfunction لا تتناسب شدته مع نتائج الفحص البدني Physical Find-ings.

إن المرضى الذين يتقدمون على هذا النحو يشكلون أكبر الفئات التشخيصية في مستوى الرعاية الصحية الأولية (١٥-٢٥٪ في معظم البلدان). ولسوء الحظ فإن منهج الطب الحيوي Narrow Biomedical

Approach الذى يهيمن على تعليم معظم الأطباء لا يعد العاملين الصحيين لملاحظة المشكلات النفسية الاجتماعية التى من هذا النوع والتعامل معها، ونتيجة لذلك كثيراً ما نلاحظ فى البلدان المتقدمة والنامية على السواء مضاعفات المعالجة (بسبب وصف الأدوية دون ضرورة، أو حتى إجراء جراحات غير لازمة) وعدم رضاء المرضى على الخدمات المقدمة لهم.

إن التدريب الملائم للأطباء والعاملين بالخدمات الصحية العمومية يمكن أن يساعدهم فى التعامل مع مثل هذه المشكلات النفسية الاجتماعية وفى إقامة علاقات إيجابية بين الأطباء والمرضى Doctor-Patient Relation-ship، الأمر الذى يعتبر بحد ذاته مقوماً رئيسياً من مقومات مردود الخدمات الصحية.

استنتاجات:

تمثل الاضطرابات النفسية والعصبية Mental & Neurological Disor-ders. مشكلة صحية عمومية رئيسية. وفى أى وقت معين يعانى حوالى٥ ٪ من السكان من بعض هذه الاضطرابات، ولقد قدر أن أكثر من نصف هذه الاضطرابات يمكن اتقاؤه بالتدابير الناجحة المعروفة فى الوقت الراهن، وتطبيق هذه التدابير على نطاق واسع يمكن أن يقلل من التأثير المخرب لهذه الاضطرابات على الصحة والإنتاجية الاجتماعية Social Productivity للأفراد والمجتمعات.

ومن هنا جاء قرار جمعية الصحة العالمية (ل : ٣٥/ ق ٨) والذى تحث فيه الدول الأعضاء على صياغة سياسات وبرامج من أجل تعزيز الصحة النفسية. والوقاية من الاضطرابات العقلية والعصبية والنفسية وتوفير المعالجة ضمن الرعاية الصحية الأولية.

الفصـــل العاشر

الإعاقة ـ وكيفية تأهيلها

ـ تمهيد (حجم المشكلة).

ـ تدهور الشخصية الذى يعقب العجز.

ـ الحاجة إلى بصيرة خاصة من جانب القائم بالعلاج.

ـ فلسفة من ست نقاط للممرضات القائمات على رعاية العجزة.

ـ هدف المعوق: التأهيل، وإعادة التوظيف

الفصل العاشر

الإعاقة وكيفية تأهيلها

تمهيد: (حجم المشكلة)

يمكننا أخذ فكرة عن عظم واتساع المشكلة المتعلقة برعاية وتدريب البالغين المعوقين جسمانياً إذا ما وضعنا فى الاعتبار أنه يوجد فى الوقت الحالى بالولايات المتحدة ٢٥ مليون شخص قد أصبحوا معوقين طبقاً للإحصاء السنوى كنتيجة للحروب، والأمراض المزمنة وأيضاً كنتيجة للتدهور الحادث للحوادث. والأرقام التالية توضح بعض الحقائق المهمة التى يجب أن يتوقف عندها المتخصصون الذين سيقومون مع الممرضات بقضاء وقت طويل فى مساعدة وإعادة تعليم الأفراد المعوقين أو العاجزين.

يوجد فى الولايات المتحدة ما يأتى:

١٠	مليون شخص مصاب بضعف فى السمع
٢ ـ ٥	مليون شخص مصاب بعجز جزئى كنتيجة لمرض مزمن
١٥٠٠,٠٠٠	من المحاربين القدماء مصابين بعجز جزئى
٤٥٠,٠٠٠	مصاب بضعف فى النظر
٢٤٠,٠٠٠	أعمى مصاب بعمى كامل
١١٠,٠٠٠	من المحاربين القدماء مصاب بعجز كلى
٨٥,٠٠٠	شخص مصاب بصمم كامل
٥٠,٠٠٠	من ضحايا الشلل المخى (الشلل المخى الارتجافى التشنجى)

ولقد ساهمت الكثير من العوامل فى أحداث حالات العجز الجسمانى لعدة أجيال كأن يصاحبنا الأعمى والأصم وغيرهم ممن استنزفوا حيويتهم كنتيجة للأحوال المرضية مثل أمراض القلب، الدرن، التهاب الكليتين، فى

السرطان والسكرى. لقد سمعنا عن تلك الأمراض من خلال المجتمع وكنا نرى هؤلاء الناس ونسمع عنهم فى المجتمع ولكنهم لم يشيروا أى مشكلة ذات شأن.

ومع ذلك برز هؤلا ءالناس بيننا وكان بروزهم فى زيادة مستمرة. عندما تقوم أمة عدد سكانها ١٥٠,٠٠٠,٠٠٠ بتحويل اقتصادها وتغييره إلى مصنع متقدم به ماكينات ذات أزيز، وعندما تنتقل من عهد الجواد والعربة الخفيفة إلى عهد المحركات والمدنية الحديثة التى تزدحم فيها الطرق السريعة بخمسين مليون سيارة، وعندما تقوم بتحويل الحروب غير الخطيرة نسبياً إلى صراعات عالمية ضخمة تورط فيها عشرة ملايين رجل وامرأة مدججين بجميع أدوات الدمار الحديثة فى كل قطاع من قطاعات الأرض بالإضافة إلى الهواء الذى يعلوها وما تحتها من بحار ومحيطات، فإن الضريبة الحتمية لا تتضمن فقط ضياع الحياة، وإنما الأعضاء أيضاً بالإضافة إلى فقدان القدرة على أداء المهام ومن خلال ذلك نصل إلى تلك الأرقام الفلكية المبينة فى الفقرة الافتتاحية من هذا الفصل. لقد تضاعف عدد السكان منذ عام ١٩٠٠ ولذلك فإنه يكون من المتوقع أن يزداد عدد العاجزين بمقدار الضعف بطريقة مماثلة فى خلال ذات الفترة والتى تقدر بخمسين عاماً بشرط بقآء المسببات فى وضع ثابت.

لقد ظهرت أضخم ثلاث عوامل مسببة وهى التطور التكنولوچى، الزيادة غير اعتيادية فى عدد المركبات، وقانون القرن العشرين الغريب والخاص بالحرب الشاملة فى هذا الزمن الحديث وقد تسببت تلك التطورات الثلاثة الهامة التى حدثت على الساحة الاجتماعية بالإضافة إلى التفرعات العديدة الناجمة عن تلك التطورات فى زيادة عدد العاجزين إلى الضعف وتعدى ذلك بكثير. كما أدت تلك التطورات إلى إبراز صورة المقيمين فى المستشفيات بصفة دائمة بالإضافة إلى إبراز صورة المشوهين بالبتر أو بقذائف المدفعية. ثم إبراز هؤلاء بأعداد لم يكن من الممكن التنبؤ بها أو حتى تخيلها

منذ خمسين سنة مضت يطلق الدكتور رسك H.A.Rusk على المعوقين من المدنيين اسم «الجنود المصابين» الذين هم فى طى النسيان وعددهم يزيد عن عدد المحاربين المعوقين بنسبة ٧ إلى ١ إن الأرقام المأخوذة من ولاية أوهايو Ohio تعتبر مثالا للوضع القائم فى جميع الولايات المتحدة الأخرى، «والسنة التى تم الرجوع إليها فى أخذ تلك البينات كانت سنة ١٩٤٦»:

٩٢١ عامل قد قتلوا

١٦ أصبحوا مصابين بعاهات مستديمة

٢٥٠٨ فقدوا بعض الأعضاء

٣٣ فقدوا ذراعاً

١٧ فقدوا يداً

١ فقد قدماً

١٤٢ فقدوا أصابع بأكملها

١٢٥٤ فقدوا أجزاء من الأصابع

١١٨ فقدوا إصبع القدم

يشير قسم الصحة والسلامة الخاص بلجنة أوهايو الصناعية إلى أن معظم تلك الحوادث كان يمكن تجنبها ومن المفجع أن يموت ١٠٠,٠٠٠ شخص كل عام كنتيجة للحوادث.

ولربما كانت فجيعتنا أخف إذا علمنا أن عدداً أكبر من ذلك يبلغ ربع مليون شخص يفقدون ذراعاً أو ساقاً أو قدماً أو يداً أو إصبعاً.

٢ ـ تدهور الشخصية الذى يعقب العجز:

إن هؤلاء الأفراد الذين يتوجب عليهم أن يتحملوا العجز الكلى أو الجزئى يصبحون فى موقف يتفهمون فيه تماماً الأزمة الانفعالية وما يصيب الشخصية من خلل يكون له آثار بعيدة المدى وذلك نتيجة لفقد أحد أعضاء

الجسم أو فقد وظيفة أحد أعضاء الجسم أو قدرته ومعظمنا يأخذ الأمر على علاته بالنسبة لما يمتلك من عيون وآذان وأقدام ونادراً ما نتوقف لنفكر فيما يمكن أن يكون عليه حالنا ـ ولو من الناحية البدنية ـ لو حرمنا من أداء أحد أعضاء جسمنا لوظائفه ومن الصعب ـ حتى على الممرضة أن تعمل على تطوير بصيرتها حتى تستطيع أن تبصر من خلال العيون المظلمة وأن تسمع من خلال الآذان المصابة بالصمم وأن تسبح بخيالها فى حال من يتم بتر أعضاء جسدهم ويواجهون عجزاً أساسياً.

وإن على من يصاب بالعمى أن يتحرك فى جو من عدم اليقين وسط ضباب أسود فيصعب اختراقه كما أن على من يصاب بالصمم أن ينبذ كل المثيرات التى كانت يوماً ما تمخر عباب آذانه، وأن يعيش فى سكون مطبق غير مستمتع بجمال السمع وأن يتعود على عدم الإحساس بالإنذارات الصوتية التى ترفرف من حوله. ومن يتم بتر أحد أعضاء جسده فالذين يكون محروماً من يديه يكون عليه أن يواجه عالماً منالأشياء لا يمكنه أن يحس بها أو يلمسها أو يتعامل معها أو ينظمها كما أن من يحرم من قدميه يواجه عالماً قد تقلص فجأة إلى حدود الكرسى أو السرير الضيق الذى يرقد فوقه. إن من يكون ضحية لمرض لا شفاء منه ـ سواء كان مرضاً قلبياً أو شريانياً أو سرطانياً أو كلوياً ـ يجد نفسه محاطاً ببيئة عادية ولكنه لم يعد قادراً على الصراع معها أو السيطرة عليها أو إخضاعها لمشيئته. وعلى الأقل فإن الشخص المصاب بالعجز منذ فترة قريبة يشعر حتماً بقلة الحيلة وبالإحباط وغالباً ما يشعر بالحاجة إلى الشجاعة اللازمة للقيام بجهد عند محاولته تحقيق ما يريد.

٣ ـ الحاجة إلى بصيرة خاصة من جانب القائم بالعلاج:

إن الممرضة ذات البصيرة سوف تتفهم الحيرة بل الرعب الذى ينتاب هؤلاء الأشخاص التعساء عند تفكيرهم فى أحوالهم وما يتوقعونه منها وتتفهم الممرضة كل ذلك عندما تخطو أولى خطواتها فى رعاية المرضى

الذين يحرمون فجأة من أعضاء الحس أو ملحقاته وقد تستمر الصدمة الانفعالية لديهم لعدة أيام وربما لعدة أسابيع أو شهور وذلك بعد أن تكون الصدمة الجسدية لعجزهم قد تناقصت وتتعرض ذكريات التجارب الماضية التى مر بها واستبقاها من ذهنه لمواجهة حادة مع الإحباطات ونواحى القصور المستقبلية. وقد يفضى ما ينتج عن ذلك من ذعر إلى اليأس. وإن ما يمكن تصوره من سنوات من الاعتماد على أعين وآذان وأصابع وأقدام الآخرين حتى ولو كان ذلك نابعاً من رغبة الآخرين بالنسبة لمساعدة الشخص فى التحرك داخل الحجرة. أو فى النزول على الدرج أو فى دفع الكرسى المتحرك أو حتى فى حمل شخص وكأنه طفل يتم حمله على الأذرع لوضعه فى فراشه أو على كرسيه أو للذهاب به إلى الحمام. كل ذلك يمثل كابوساً خفياً ولكنه واقعياً. ولو أضفنا إلى ذلك الاتجاهات الانفعالية لدى الشخص العاجز بالنسبة للعبء الضخم الذى سيلقيه على عاتق أسرته وبالنسبة للامتعاض من المصير الذى يواجهه وجعل منه شخصاً عديم الحيلة واهناً لأصبح لدينا فهماً مكتملا لردود الفعل النفسية الأولى لتلك الحالة الجديدة التى يجب على الشخص الذى يصاب فجأة بالعجز أن يتعرض لها وحتى عندما تفهم الممرضة أنه عندما يبدأ السير فى برنامج التأهيل فإن المستقبل قد يبدو أقل إظلاماً بالتأكيد عندها يجب عليها أن تتخطى حدود اليأس الحالى ولربما كان عليها أيضاً أن تتخطى حدود رعب المستقبل. ويحتم الواجب المهنى للممرضة أن تأخذ بيد هؤلاء الأفراد المعذبين نفسيا وتنقلهم من ذلك الجو الذى يعيشون فيه وتنقلهم بلباقة ولكن بعزم إلى التغلب الكامل على قصورهم الحالى. ويشمل ذلك أولاً: بالتأكيد اقتناعاً جازماً بدورها وهو أنه حتى أقصر أنواع العجز سوف يتحول إلى نوع من التحسن وثانياً : أنها مع غيرها من العاملين لديهم المهارة والبصيرة لتحقيق هذا التحسن وثالثاً : أنه من خلال تأثيرها الحازم فسوف تستجيب الحالة للعلاج لو أنها والمريض سارا فى طريق العلاج الشاق بخطوات ثابتة وبرغبة أكيدة فى التغلب على ما

يعترض هذا الطريق وإن سجلات المستشفيات والعيادات الخاصة والأسر تثبت أنها استطاعت إعادة البسمة والتمتع بالحياة إلى المعوقين من ذوى الإصابات البالغة الخطورة كما استطاعت أيضاً أن تجعلهم يتغلبون على كل شيء وهى أدلة ساطعة على هذه الحقيقة. وتجدر الإشارة باختصار إلى معجزتين من معجزات العلم والثقة الأولى : إن حالة الدكتور أيرل كارلسون لهى مثال مثير للمعجزات البشرية التى يمكن أن تحدث بالنسبة لأحد الأفراد المعوقين بشكل حاد. كان إيرل كارلسون ولداً مصاباً بالتشنج الرعشى نتيجة لإصابته بشلل مخى جعله غير قادر على المشى أو الكلام أو التحكم والتنسيق فيما بين عضلاته الطوعية غير أنه كان لإيرل كارلسون ميزتين فبعينى أبوان دائمى التشجيع له بشكل يثير الإعجاب وعزيمة مستميتة للتغلب على الصعاب وبمساعدة هذين المصدرين اللذين لا ينضبان حناناً فقد سار الولد فى طريقة الصعب والذى يبدو مستحيلا. وبعزيمة شخصية بطولية فقد دفع بنفسه فى خضم الذهاب إلى المدرسة الابتدائية ثم الثانوية مع محاولة أقلمة عضلاته المحتجة إلى أن أفلح فى أن تسيطر إرادته عليها. ومن خلال نصر بعد نصر مع استغلال كل جرام قوة وإرادة وعزيمة لتحقيق النجاح فإنه استطاع أن يتخرج من جامعة مينسوتا بعد أن حصل على درجة الليسانس فى عام ١٩٢١ وعمل أربع وعشرون عاماً ومع استمراره فى محاولاته التى لا تعرف الوهن فقد حصل على درجة الماچستير بعد سنتين وبتصميم على ألا يقهر عجزه فقط بل يضيف إليه فقد كرس حياته لمساعدة مرضى الشلل الآخرين فإنه بعد ذلك درس وتخرج من كلية الطب.

وفى عام ١٩٣٢ كان الدكتور كارلسون ينشىء قسماً لتأهيل الإعاقات الحركية وذلك فى معهد نيويورك للأمراض العصبية والذى تولى إدارته لمدة ستة سنوات. وفيما بعد أصبح محاضراً فى كلية الأطباء والجراحين بجامعة كولومبيا. أما نصرة المتوج فقد واتاه عندما استطاع إنشاء مدرستين للمرضى المشلولين : واحدة فى إيست هامبتون لونج آيلاند

والأخرى فى بامبانور بفلوريدا. وقد استمر وجود هاتين المدرستين منذ ذلك الحين وتقومان بمعالجة ومواساة مئات من الأفراد المشلولين بنفس النوع البطولى الذى أظهره مؤسسهما أما إنجازات دكتور كارلسون المهنية فتبدو وكأنها من الأساطير وذلك عندما يأخذ الفرد فى اعتباره تلك البداية المستحيلة التى تعرض لها وهو صغير. وباعتباره عضواً فى الجمعية الطبية وجمعية نيويورك الطبية وفى جمعية البحث فى الأمراض العصبية والعقلية وفى جمعية البحث فى تطوير الطفل فقد قام بإلقاء محاضرات فى كل ولاية تقريباً من ولايات آمريكا كما قام بإلقاء محاضرات فى عشرين دولة أجنبية ولقد حقق إيرل كارلسون معجزة فى حياته وأنار الطريق للتعساء المعوقين من أمثاله حتى يمكنهم أن يكرروا نفس الشىء الذى حققه وإن كتابه الذى يحمل عنوان «مولود بهذا الشكل» إنما يسرد قصته للآلاف الذين يقرءونه.

الثانية: حالة تخص «فردتشولسكى» الذى كان قبل ٢٠ نوفمبر ١٩٣٠ طفلا سعيداً نشيطاً ذو طموح فى الالتحاق بمجال الرياضة فيما بعد غير أنه أثناء حادثة قطار فى يوم لا ينساه أبداً فقد «فرد تشولسكى» ابن الثلاثة عشر ربيعاً ساقيه فيما فوق الركبة. وكان معظم الذين يشاهدونه فى الشهور التالية مقطوع الرجلين عاجزاً وهو راقد على سريره بالمستشفى كانوا يقدرون فى أذهانهم أنه سيحيا حياة على كرسى متحرك. غير أنه كان لهذا الصبى نفس الميزتين الموجودتين لدى إيرل كارلسون. أم وأب يشجعانه بشكل يثير الإعجاب ونبع داخلى لا ينضب من العزيمة للتغلب على عجزه وبعد استخدام أرجل خشبية فقد تحمل العثرات والسقطات التى تقهر شجاعة كثير غيره من الأفراد ولكنه ثابر على شجاعته ونضاله وبعد أن طالت الأشهر لتصل إلى سنتين فإنه لم يحقق فقط حلمه فى أن يكون مرة أخرى قادراً على التنقل ولكنه أيضاً تعلم أن يسيطر على رجليه وقدميه الصناعيتين وأن يسبح وأن يقود سيارة وأن يلعب البولنج وفى نشاط البولنج هذا فإنه كان يحرز فى المتوسط ١٣٠ وهو بالتأكيد ليس بالشىء الهين لرجل لا يملك

رجلين طبيعيتين. وقد تمكن من صعود ونزول الدرج وأن يمشي بدون صعوبة وهو الآن في الثلاثين من عمره وهو أب يفتخر بأنه له ابنين طبيعيين وزوجته ـ وهي معوقة جسديًا أيضًا بسبب الإصابة بشلل الأطفال — امرأة متفهمة وتشجعه. و(فرد) كاتب ناجح في المكتب يؤدي عمله طوال اليوم ولا يطلب مساعدة أحد كما لا يطلب شيئًا من أحد. هنا نجد مثالاً صارخًا ومقنعًا على أن عصر المعجزات لم ينته بل إنه ربما يكون قد بدأ .

هذان المثالان لحالتين تم اختيارهما عشوائيًا من بين آلاف الحالات المماثلة ينبغي على الممرضة فيهما أن تدرك الإنجاز الذى يحققه السلم والعزيمة بالعمل معًا كشركاء وفى إصلاح وتأهيل أعضاء الجسد المكسورة أو المحطمة وما يستتبع ذلك من إعادة إنشاء تعويض وسلام داخليين. ومع الاقتناع بإمكانية تحقيق مثل تلك المعجزات فى إعادة التأهيل البشرى فإن الممرضة التى تشارك فى رعاية الأفراد المعوقين جسديًا لا ينبغى أن تكون فقط مؤمنة وموقنة من إمكانات مثل هؤلاء المعوقين فى تحقيق انتصار ساحق فى نضالهم من أجل استعادتهم لأنشطتهم بل يجب عليها أيضًا أن تكون راضية بحق بدورها الهام فى صناعة المعجزة.

ولا يوجد فى بيئته من هو أكثر أهمية من الممرضة بالنسبة للأخذ بيده نحو التوصل إلى التوافق النفسى الذى ننشده.

٤ ـ فلسفة من ست نقاط للمجموعات القائمة على رعاية المعجزة:

عند العناية بالشخص المعوق جسديًا وتقديم التشجيع له فإن الممرضة تكون فى حاجة إلى فلسفة ملؤها التفاؤل والإخلاص يرشدها فى عملية الإنقاذ التى تقوم بها. فبجانب مواساة المرضى الذين يعانون من آفة المرض والذين سيعودون بعد فترة قصيرة إلى ممارسة حياتهم كما كانت قبل أن ينتابهم المرض فإن العناية بالرجال والنساء المقعدين بسبب إصابة تحتاج إلى إعادة توافق حاد وأساسى مع طريقة حياتهم القديمة إنما تمثل الممرضة

تحدياً أكثر عمقاً كما أنها تشكل لها مشكلة أكثر تعقيداً وسوف نحاول في الفقرات التالية أن نحدد ملامح فلسفة السلوك والتفاؤل التي تحتاج إليها الممرضة التي تتولى أمر المعوقين في كل أمور التعامل معهم.

١ ـ الثقة بأنه في هذا المجال تحدث معجزات حقيقية : إنه لمن الأهمية القصوى أن تتميز الممرضة بيقين مخلص بأنه حتى أكثر أنواع الإصابة شدة والتي يعاني منها هؤلاء المرضى يمكن أن تخضع للمعجزات ومع التعاطف فإنه يجب أن يصبح المريض قادراً على الإحساس بأن حالته ليست ميئوساً منها بل وإنه حتى في حالة أقصى أنواع العجز فإن هناك الكثير مما يمكن اكتسابه من خلال تقبل الشخص لحالته ومن إمكان تعايشه معها وفي النهاية فإنه من خلال التشجيع المستمر الذى لا يشوبه تقصير ومن خلال تقديم المساعدة المطلوبة فإنه يمكن للممرضة أن تدفع المريض إلى بذل أقصى وأعلى جهده لتأهيل نفسه وشفائه وهنا هدف يعتمد على وجود اتجاه ذهني صحيح من جانب الممرضة كما يعتمد على العلاج الفعلي والمساعدات الميكانيكية التي تقدم له بشكل غير عادى.

وفي الواقع فإنه بدون غرس واستثمار الروح المعنوية والأمل في المستقبل فإنه بدون تقديم أفضل أنواع العلاج وأفضل أنواع المساعدات الميكانيكية يصبح المريض بارداً وسلبياً. ويعتمد تأهيله بشكل كبير على العوامل العاطفية والروحية التي تكون هادياً له خلال الشهور الصعبة الشاقة والتي قد تصل إلى سنوات والتي تكمن بين حالته المعوزة الحالية وبين حالته التي يمكن أن يكون عليها.

٢ ـ يجب على المعوق تعلم قبول عجزه ثم تجاهله : ربما كان أصعب وأهم أنواع إعادة التأهيل التي يجب على المعوق الحديث أن يواجهها هي تقبله لما ضاع منه. فعندما يصاب الشخص بالعمى – مثلا ـ أو

بفقدان ذراع أو قدم أو بنوبة قلبية حادة فإن الصدمة الانفعالة غير قابلة للحساب وحتى مع إعادة التعليم لفترة طويلة وعقب أسابيع خالية من النشاط وأشهر من الراحة والاستجمام فى المستشفى فإن الفرد المعوق لا يأمل أبداً فى أن يحيا بقية حياته من خلال الأنماط الموضوعية القديمة ورد الفعل الإنسانى الواضح لإدراك هذه الحقيقة المؤلمة هى الاستياء المشوب بالخوف. وفى هذه المحنة الأولى فإنه ما لم نزود الشخص المصاب بالجرعة الروحية الصحيحة قد يتبنى اتجاهاً انهزامياً مشوباً بالإشفاق على النفس. وبدون شك فإن كثيراً من الأشخاص المعوقين يصابون بالفشل لفترة طويلة وقد لايمكنهم فى الواقع الخروج من تلك البركة الموحلة من القنوط. وعند الوقوع فى شرك مثل تلك الانفعالية السلبية فإنهم يتجهون نحو تأمل المصير الشرير الذى أوصلهم إلى تلك المأساة الحالية ويصبحون على درجة أكبر من الإشفاق بأنفسهم وينتهى بهم الأمر بالاستكانة إلى ميكانيكية انطوائية لا تفيدهم شيئاً بل وقد تسبب لهم ضرراً نفسياً كبيراً وفى مثل تلك الحالة غير الصحية من التفكير تتضخم التشوهات والخسائر وتصل إلى نسب غير معقولة وتتحول الخيالات التى تطاردهم إلى مستقبل يرون فيه أنفسهم كأشخاص مهجورين منبوذين من المجتمع ولمساعدة الشخص المعوق حديثاً على الخروج من اليأس العاطفى الأساسى فإن الممرضة المتفهمة سوف تعمل على تشجيع المعوق بكل ما تملك من وسائل متاحة لها بحيث يتقبل المعوق ما حدث له لأن تلك الحالة أصبحت كائنة وبالتالى لابد من مواجهتها بواقعية وهناك وسائل عديدة يمكن من خلالها للممرضة مساعدة المعوق فهى تستطيع مثلا أن تضع نصب عينيه باستمرار أنه يمكنه الشفاء من محنته واستعادة قدرته الجسدية وأن العائق الوحيد فى سبيل ذلك هو حاجته للعزيمة على التعاون إلى أقصى حد ممكن فى عملية العلاج التى تكون قد بدأت

من قبل كما أنه يمكنها أن تقوم بتقسيم الفلسفة المعينة له والتى تتمثل فى شعار «الإمكانات غير محدودة والمهم ألا تفكر فيما ضاع منك بل المهم أن تفكر فيما تبقى لك».

ويمكنها أن تشجعه على أن ينسى ـ بقدر الإمكان ـ الأشياء التى تضايقه وأن يتخيل بثقة حالته بعد العلاج وبعد أن يتم استخدام العلم والمعرفة بعلم النفس وعليها أن تبصره بتخيل تلك اللحظات من اليأس والبؤس والتى تعاوده باستمرار خلال الأسابيع القادمة وبأن الأمل سوف يحل محل ذلك وأن عليه أن يبتهج.

وعلى الممرضة أن تقوم بتبصيره بالانتصارات التى يحملها المستقبل له وخلال كل فترة رعايتها للمعوق يجب أن تتنبه للكشف عن الأنماط الانفعالية المتغيرة وتدمج نفسها فيها كما سبق شرحه والصداقة والشجاعة والابتهاج إنما هى أمور لا غنى عنها ذلك لأنه من خلال عيون الممرضة وتفكيره وخيالها يمكن للمريض المعوق المتحير أن ينظر إليها ويرى المستقبل بثقة وتفاول.

٣ ـ طريق العجز طريق طويل:

غير أن الجهود الطبية تعطى نتائج لا يصدقها عقل ولا ينبغى تناسى العواقب فكما أشرنا من قبل فإن الطريق أمام الشخص العاجز جسدياً إنما هو طريق صعب على وجه الخصوص. إن الاستمرار فى الحياة ـ بل والعيش وفقاً لخطة معينة ـ لهو أمر فى غاية الصعوبة فالطريق لا يبدو وعراً فقط بل ويبدو وكأنه يصعب اختراقه وهو ملىء بالمصاعب والإحباطات. والتغلب على هذه الصعوبة يتطلب شخصية واعية وحافزاً ديناميكياً. ومن الشواهد الواضحة أن من يجرى تأهيله يحتاج إلى تنظيم ذاتى ضخم وقدر هائل من العزيمة عندما يبدأ طريق الصعود إلى أعلى. والممرضة المتفهمة تقدر صعوبة الطريق غير أنها تقدر أيضاً بإعجاب داخلى مخلص ما يبذله المريض من جهد للسير قدماً فى ذلك الطريق.

والطمأنينة المستمرة مع العمل على أن يقوم المريض ببذل الجهد بشكل منتظم لهو من الأمور الهامة فى المرحلة المبكرة من برنامج العلاج. وفى اللحظة التى يشعر فيها المريض بنشوة الانتصار للتغلب على عجزه على أى نحو من النواحى فإنه يجب عليها أن تمتدحه وتشجعه من كل قلبها وقد تكون تلك اللحظة متمثلة فى خروج شخص مبتور الساق أو اليد من حالة الرعب والقلق التى يعانى منها أو قد تكون تلك اللحظة متمثلة فى استغنائه عن الاعتماد على الإمساك بيد الممرضة أو ذراعها أو الاستغناء عن الاستعمال للعصا للاتكاء عليها ليبدأ أولى خطواته بدون مساعدة خارجية أو قد تكون تلك اللحظة متمثلة فى قيام الشخص المصاب بالعمى بجهد مبدئى لتحسس طريقه فى العنبر أو فى الممر دون الاعتماد على شىء سوى الانتباه للأصوات والصدى المنبعث من الجدران وذلك من أجل حمايته من التعثر أو الارتطام أو السقوط. والمديح الصادق وتقديم التهنئة من الممرضة التى تقوم بالملاحظة إنما يكون له فعل السحر بالنسبة للشخص المصاب ويدفعه على الاستمرار فى المضى قدماً فى طريق العلاج الطويل كما أن الممرضة المتفهمة سوف تحس أيضاً ـ مع نمو مهارة وثقة المريض أن الوقت قد حان للتوقف عن المديح المتكرر وأن الوقت مناسب لمساعدة المريض على أن يقوم بنفسه بالإعجاب بما يقوم به من جهد مثلما يفعل أى شخص عادى عند القيام بعمله.

والبداية قد تكون بالضرورة بطيئة بالنسبة لقهر المريض لعالمه. من الضرورى على أية حال أن تتم تلك البدايات بعد الانتهاء من مرحلة العلاج البدنى أو الجراحة. كما أنه لا ينبغى السماح بحدوث أى انحسار خفيف يطرأ على ذهن المريض فيكون له تأثير على روحه المعنوية.

كما أنه لا ينبغى استمرار هذا الانحسار فى الروح المعنوية عند حدوثه. ويجب أن يحل محل ذلك فيضان من الأمل والاطمئنان ينساب بسلاسة داخل نفسية المريض والواقع أن الممرضة هى التى يمكن أن تعمل على

انسياب ذلك الفيضان. وعندما تظهر بادرة تدل على المريض يتخطى إحدى مراحل استعادة قواه البدنية فإنه سوف تطفو بالبشر على نفسيته. وأى فرد يظهر القدرة على الخروج من حالة اليأس الى تستولى عليه من الناحية الروحية والذهنية والعاطفية والاجتماعية كشخص متكامل. حتى ولو كانت طبيعة الشخص المعوق قد تعمل على تخفيف سرعة إظهار ذلك والحد من التأهيل فى ذلك المجال، فإنه يكون له صفات البطل ويجب أن يكون هذا هو شعور من حوله. وغالباً ما لا يدرك أحد بخلاف الممرضة العزيمة المستميتة والأسابيع وغالباً الشهور التى يعانى فيها المريض من الألم النفسى والإحباط والتى ينبغى عليه أن يواجهها مواجهة الأبطال العجزة وحالتى كل من «جيرى ستجرو، سوزان بيترز» يفصحان ببلاغة على النتائج المذهلة التى تنتج عن العزيمة والجهد المبذولين فى سبيل التغلب على إعاقته.

كان جيرى ستجرو راقصاً محترفاً له مستقبل واعد والتحق بالجيش فى سن الثامنة عشر بعد فترة غير طويلة من معركة بيرل هاربر. وفى أوكيناوه سقط جريحاً عن طريق القصف المدفعى. وتبين أنه من الضرورى بتر ساقه فى ميدان المعركة وعاد إلى الولايات المتحدة فى سن التاسعة عشرة وتم علاجه خلال إقامته فى المستشفى ولكن الأطباء أبلغوه أنه لن يتمكن من الرقص بعد ذلك. غير أن جيرى الذى كان يرقص منذ أن كان عمره ثلاث سنوات والذى كان يتطلع إلى أن يكون الرقص مهنته لم تثبط عزيمته وبعد شهر من تركيب ساق وقدم صناعية له اشترك فى مسابقة والتزم وفاز فيها. وفى السنة التالية كان ترتيبه الأول فى مسابقة صغيرة أقيمت على الشاطئ الباسيفيكى وأصبح مدرباً للرقص فى استوديهات فوكس القرن العشرين حيث كان يقوم بتصميم الرقصات للأفلام. وفى سن الثالثة والعشرين أصبح عضواً منتظماً فى فرقة للرقص وكان يرقص سبع ليال فى الأسبوع فى سبع مدن. وكانت الفرقة تسافر فى قافلة من الشاحنات وكان جيرى يقود إحدى الشاحنات.

أما سوزان بيترز فإنها فى عام ١٩٤٥ كانت ممثلة سينمائية صغيرة وأصابها طلق نارى فى النخاع الشوكى ومنذ ذلك الحين أصيبت بالشلل التام. وبعد عام من تلك المأساة وبالرغم من أنه لم يكن أى شخص بخلافها يعتقد بإمكان عودتها للشاشة أو المسرح فإن سوزان بيترز بدأت تظهر فى الصورة مرة أخرى وتقوم بتمثيل الشخصيات التى تكون البطلة فيها مقعدة وتستخدم كرسى متحرك. وحانت الفرصة الضخمة والنجاح الساحق عندما طلب منها أن تقوم بدور شاعرة مريضة وهى شخصية إليزابيث برت براوننج وكانت سوزان تقوم بهذا الدور على المسرح وهى على كرسى متحرك أو على فراش المرض.

ولا ينبغى أن نقصر أمثلتنا الخاصة بالانتصارات التى يحققها المعوقون على عجزهم كذلك لا يمكن أن نقصر تلك الأمثلة على السينما والمسرح فالأمثلة كثيرة موجودة حولنا فى كل مشارب الحياة. فكثير ممن يتم بتر أعضاء من جسدهم يلعبون الجولف ويقودون السيارات ويسبحون ويصطادون السمك ويرقصون ويكتبون على الآلة الكاتبة ويتولون شئون المكاتب ويديرون أعمال المؤسسات ويقومون بمسح الأراضى ويستخدمون أدوات النجارة ويقومون بتشغيل الآلات. ويمكن عند منح التشجيع والتدريب الملائمين لهؤلاء الذين تم بتر أعضاء من جسدهم فإنهم يمكنهم ـ إذا كان لديهم الرغبة لبذل الجهد القيام بأشياء التى يقوم بها هؤلاء الذين لديهم النشاط العادى للأفراد. وفى أحد الأبحاث التى شملت ٣٠٠ شخصاً مما تم بتر أعضاء من جسدهم تبين أن ٥١٥ منهم يقودون سياراتهم ٦٠٪ يلعبون البولنج، ٤٠٪ يسبحون، ٣٥٪ يمارسون هواية صيد الأسماك، ٢٥٪ يلعبون الجولف، ٢٥٪ يرقصون، ١٥٪ يلعبون التنس وكان العجز الخاص بالعينة والتى اشتملت على ٣٠٠ شخص كما يلى:

١٢٠ بتر فوق الركبة

٨٢ بتر تحت الركبة

٨ بتر فوق الركبة وتحت الركبة

٥ بتر مضاعف فوق الركبة

٥ بتر مضاعف تحت الركبة

٥٠ بتر فوق الكوع

٣٩ بتر تحت الكوع

٣ بتر تحت الركبة وبتر ذراع واحد

٣ بتر مضاعف تحت الكوع

١ بتر فوق الكوع وبتر تحت الكوع

ومن الصعب أن نتخيل وجود أمثلة بمثل ذلك العزم والتصميم الذى يوجد لدى أفراد يوصمون طبياً بأنهم عجزة ولكنهم يخضعون لبرامج التأهيل الصحى بروح وهمة عاليتين. كما أنه يصعب تقدير الدور الهائل الذى تقوم به هيئة التمريض والذى يتمثل فى بث روح الأمل الذى يساعد هؤلاء المعوقين على تخطى الحواجز وتخطى مرحلة اليأس إلى أن يشقوا بأنفسهم طريقاً جديداً لحياتهم.

٤ ـ ثقة عميقة بالنفس وبالله تتواجد لدى المعوق:

من المحتمل أن يكون رد الفعل العاطفى للعجز الحاد هو العجز والإنزواء كما سبق أن ذكرنا وتتشوه القيم والمدركات وعند تخيل المصير المؤلم والذى يجعل المعوق ينظر إلى العالم من حوله نظرة يملؤها الحسرة. ويرى المجتمع مخطئاً وقد يرى العالم مخطئاً أيضاً بل وقد يلقى باللوم على إرادة الله. وفى ظل هذا الإطار الذهنى اليائس قد يرى من يقع فريسة للعجز أنه من المستحيل أن يفهم أن المجتمع والعالم والله لم يتغيروا وأنه هو الذى قد تغير.

وفى مثل تلك اللحظات الحرجة يكون من الحتمى استعادة ثقة المعوق فى بدء الحياة من جديد من تلك الزاوية الجديدة التى أصبح أسيراً فيها

ويمكن تقديم العون الكبير للمعوق فى استعادة الثقة بنفسه إذا ما تمسك بثقته بالله فالروح المعنوية تلعب دوراً هاماً فى استعادة المريض ثقته بنفسه ويجب أن لا نستغرب عندما نجده أحياناً يلقى باللوم على مشيئة الله بالنسبة لما حدث له. هنا يجب إفهامه بأن هذا لن يجدى وأنه بدلا من ذلك عليه أن يتمسك ببذل الجهد وأن يتخلى عن الألم والاعتقاد فى الله وفى قدرته المحدودة فى مساعدة هؤلاء الذين يطلبون المساعدة. وعند قبول المعوق لتلك الفكرة يكون قد وضع قدمه على أول مراحل النجاح فى تأقلمه مع حياته الجديدة وفى إيجاد منظور جديد فى هذه الحياة. وفى تثبيت قدمه خلال فترة نضاله مع العجز الذى يعانى منه. فالنصر فى أساسه مبنى على الروح المعنوية العالية ومن ناحية أخرى فإن النصر ضد العجز يعتمد أيضاً على استعادة الثقة بالنفس فعقب الساعات المظلمة والأيام الطويلة من اليأس والإحباط عندما تحدث الضربة القاصمة التى تحدد نهاية فترة من الحياة وبداية فترة أخرى محدودة القدرات لابد وأن تكون هناك انتكاسة فى الثقة وفى القيم فبالتأكيد يكون كل شىء قد ضاع أو فى الواقع يكون شىء ما قد فقد. غير أنه إذا استطاع المريض أن يقتنع بفكرة أن لديه الطاقة ليس فقط للتغلب على عجزه بل إنه لديه الطاقة لكى يخضع قدراته المتبقية لمشيئته فإنه يكون محتاجاً لغير الوقت ولغير ممارسة أنماط حركية جديدة يفرضها عليه العجز الذى أصيب به. وبعد ذلك يكون التقدم المدهش الذى يحققه فى مجال التأهيل هو متعته وفى نفس الوقت يكون هذا الدافع نحو المضى قدماً فى طريق التأقلم مع حياته الجديدة. وخلال الأسابيع التى يقضيها فى فترة التأهيل فإنه لابد أن تعترض المعوق فترات مؤقتة من اهتزاز الثقة وفقدان الأمل وهذا يكون للتشجيع الذى توفره الممرضة للمعوق أكبر الأثر فى مساعدة المريض على مواصلة نضاله ضد عجزه. وقد تكون هناك ساعات طويلة بل أيام طويلة أيضاً من الانهزامية السوداء التى تستولى على عقل المريض. غير أن تفاؤل الممرضة الذى يثير البهجة فى نفس المريض قد يحول الانهزامية إلى روح لا

تعرف غير الانتصار وهذا هو التحدى الأكبر الذى يواجه الممرضة التى تتعامل مع المعوقين. فالأهم من العناية الطبية التى تقدمها يكون عليها تهيئة نفسيته وبث روح الثقة والتفاؤل فى كل الأجواء التى تحيط به وثقة الممرضة وتفاؤلها ينتقلان منها إلى المريض فتنتعش آماله ويعاود بذل الجهد بتصميم جديد. ولن يفيد المريض أى شىء أكثر من إشاعته ذلك الجو من الثقة والتفاؤل من حوله.

٥ ـ الهوايات والاهتمامات لها أهمية قصوى:

ففى تلك الأيام ذات ساعات العمل القليلة وأوقات الفراغ الطويلة لمعظم هؤلاء الذين كانوا يعملون يومياً فإن خبراء الصناعة والتدريب والصحة ينصحون بشدة بالسعى وراء المهن المختلفة. ومن خلال التقبل للهوايات والاهتمامات ينشأ سحر جديد فى الحياة وآفاق جديدة من الفهم والتحدى تظهر للناس بعد انتهاء العمل اليومى وبداية ساعات الراحة. والشخص المعوق جسمانياً يحتاج أكثر من غيره خلال فترة العلاج الطويل لحالته وبعد عودته إلى العالم المهنى إلى هذا العلاج النفسى والعقلى.

وكل مريض معوق ينبغى أن يحفز على ممارسة هواية معية طالما تسمح ظروفه الصحية بذلك وهو مازال داخل المستشفى وذلك على الأقل حتى يوجه تفكيره مؤقتاً بعيداً عن مشكلاته الصحية الخاصة. وطبيعة الهواية لا تهم بقدر ما يهم وجود الهواية لذاتها. وعموماً فإن طبيعتها ستحددها إلى حد كبير طبيعة الإعاقة وحجم العجز الجسمانى الموجود وفى كثير من الأحيان فإن الهواية تتحدد على أساس قدر المعاونة التى تقدمها فى سبيل تعويض الإعاقة الموجودة. وفى هذا المجال فإنه يجب اتخاذ الحيطة بأن تكون الهواية مسلية لذاتها وليست فقط من أجل الإعاقة التى حتمت وجودها. والأثر العلاجى للهواية فى حالة الشخص المعوق يكمن أساساً فى قدرتها على جذب انتباهه بعيداً عن مشاكله وإعاقته الشخصية.

فالشخص الذى لم يفقد قدرته البصرية من الممكن أن نرفع روحه

المعنوية بقراءة مواضيع اختيرت بعناية. ولأن القراءة من الممكن تطويعها بسهولة لملائمة الذوق الشخصى لكل فرد فإنها تعد الأولى من حيث التفضيل بالنسبة للأصم ومريض القلب والشخص الذى بترت له ذراع أو ساق.

ولهؤلاء أيضاً فإن الكلمات المتقاطعة والألغاز المصورة والراديو (إلا الأصم) وأشغال الإبرة والرسم وشغل الصلصال وعمل أشكال بقطع الصابون تعد هوايات مناسبة وممتازة. وبالنسبة للشخص الضرير فإن الراديو والمنادولين والجيتار أو أى أدوات موسيقية أخرى تعد إمكانات ثرية للهروب والإرضاء النفسى الداخلى.

وكلما تقدم المريض فى العلاج الجسمانى والتأهيلى كلما ازدادت الهوايات التى يقدر على ممارستها والتى تتماشى أيضاً مع طبيعة الإعاقة. ومن هذه الأشياء القراءة على طريقة بريل وقراءة الشفاة والعزف على البيانو وألعاب الكرة والمشى باتزان والتحكم بالأرجل الصناعية وممارسة الأعمال اليدوية باسعمال الخطاطيف أو بدائل الأيدى الاصطناعية ولعب تنس الطاولة والبلياردو والورق والرقص. وهذه الإمكانات غير المحدودة مما سبق الإشارة إليها قد شجعت أعداداً كبيرة من المعوقين على تبنى نظرة «الإمكانات غير المحدودة» وصناعة معجزات عن طريق فتح باب الأمل للمعوق بأنه لا حدود لإنجازاته بالرغم من إعاقته وكل ذلك من خلال المجلات والتنظيم النشيط للأشخاص الذين بترت لهم بعض أطرافهم بجعلهم فى مجموعات محلية فى أماكن متفرقة من البلاد وأيضاً من خلال زيارة شخص بترت له أحد أطرافه وعولج منها وتأهل للمعيشة الخارجية للمستشفى لزيارة ضحايا الحوادث الجدد ولهم نفس نوع الإعاقة، والممرضة ذات الأفق المتسع لها أيضاً إمكانات غير محدودة فى مساعدة مريضها المعاق لإيجاد أولا : طريقة مناسبة لإطلاق ما بنفسه من ألم وشكوى ثم بعد ذلك الأمل والعزيمة وذلك من خلال الهوايات والاهتمامات المناسبة لحالتهم الخاصة.

٦ ـ المعوق يستجيب بطريقة أفضل للعلاج عندما يعامل كأنه شخص طبيعي:

فالشخص البالغ والمعوق جسمانياً كالطفل المعوق تتحسن حالته بصورة أفضل إذا تمت قيادته وعلاجه على أساس الواقع وليس عن طريق إظهار الأسف الشديد لحالته أو معاملته معاملة خاصة به وحده فالأسف (هو عاطفة بشرية عادية) من الممكن أن تضر إذا زادت عن الحد فالشخص المعوق يحتاج بشدة لأن نحمى شخصيته وليس إلى أن ننحيه جانباً لأنه عديم الفائدة ولا أمل منه ويجب فقط أن نغمره بالشفقة والرأفة فهو يعلم أنه معوق ويعلم أن الآخرين يلاحظون ذلك. وبالتالى فإن المخالطين له يشعرونه ويحرجونه أكثر مما يساعدوه ويحقروه حينما يعبرون له عن مدى أسفهم وشغلهم بحالته الصحية وبالتالى فإن تجاهل الإعاقة ومعاملته على أساس أنه لا يختلف عن رفاقه غير المعوقين يساعده على نسيان إعاقته ولفت النظر إلى الإعاقة إما بكلمة أو بنظرة لها آثار مدمرة على الروح المعنوية للشخص المعوق كما أنها تزيد من العبء النفسى عليه. ومن ناحية أخرى إذا تم تجاهل إعاقته من الأشخاص المحيطين به فإن ذلك يعطيه المزيد من الشجاعة والإقدام لكى يصل إلى غايته وهى التغلب على إعاقته وبالتالى فإنه سيضاعف الجهد ليصل إلى هذه الغاية.

هدف المعوق: التأهيل وإعادة التوظيف:

باستثناء القلق النفسى والخوف من المستقبل ومن التقبل الاجتماعى له فإن الشخص المعوق بلا ريب يعانى ويخاف أكثر من عدم قدرته على كسب عيشه له ولأسرته. ففى الأسابيع الأولى من محنته يحس إحساساً عميقاً بعدم الأمن. فالذى فقد بصره أو سمعه أو يديه أو قدميه أو تحطمت قدرته الجسمانية يحس أنه عديم الجدوى وغير قادر على مواجهة الحياة ومتطلباتها. وهو يحس بالأمل فقط عندما يبدأ فى برنامج التأهيل والتعليم

الذى يلائم اهتماماته. وحقيقة قد يبدو هذا الأمل واهنا ولكنه على أية حال يعتبر بارقة ضوء فى الظلام الحالك. وحين يبدأ البرنامج فى أخذ شكل معين ويحس المريض أنه بدأ يتأهل للحياة وللعمل وللكسب فإن بارقة الأمل تتحول إلى طاقة واسعة من الأمل والشجاعة كما أنه يتوقع أن تعود إليه راحة البال والرضا اللذان كان يحس بهما قبل أن تحدث إعاقته كلما أحس أنه من الممكن أن يعود إلى عمله، وإلى عالم الكسب وإعالة النفس وإلى أصدقائه فى المحل أو المصنع أو المتجر ويصبح ناجحاً في عمله وتصبح إعاقته الجسمانية غير ملحوظة.

الفصـــل الحادى عشر

التشخيص النفسي للسلوك

- تمهيد.
- التصنيف والتشخيص ودور الاختبارات النفسية.
- عرض لعدد من المقاييس المستخدمة فى التشخيص الإكلينيكى.

الفصل الحادى عشر
التشخيص النفسى للسلوك

تمهيد:

واكب نشأة علم النفس الإكلينيكى نحو استخدام الاختبارات النفسية فى المجال التطبيقى، وكانت الاختبارات النفسية الإكلينيكية وما زالت أهم الوسائل التى يستخدمها أخصائى علم النفس فى عمله الإكلينيكى، وتعد هذه الاختبارات فى رأى غالبية علماء النفس بوجه عام، والإكلينيكيين بوجه خاص وكذلك الأطباء النفسيين وسائل ذات قيمة، إذ تسهم فى عمليات التشخيص والتوجيه والإرشاد النفسى، وكذلك فى تقييم آثار العلاج النفسى.

والواقع أن الاختبارات النفسية مثلها فى ذلك مثل جميع وسائل التقويم الأخرى يمكن الإفادة منها إذا أحسن استخدامها، كما أنها تؤدى إلى مشاكل متعددة إذا ما أسىء استخدامها ولم يحسن تفسير نتائجها، فهى فى يد الأخصائى المتمرس أداة بالغة الفائدة والقيمة، وأخصائى علم النفس الإكليينيكى يستطيع أن يعتمد إلى حد ما فى تقدير خصائص المريض، ومختلف جوانب شخصيته وسلوكه على الملاحظة والمقابلة، ولكنه يستطيع أن يقوم بذلك بدقة أكبر، فى وقت أقصر، وبمجهود أقل ـ إذا استخدم الاختبارات النفسية بكفاءة ودقة.

وفيما يتعلق بقيمة الاختبارات النفسية فى دراسة الحالات الإكلينيكية فإنه يمكن القول بأن أخصائى علم النفس الإكلينيكى مهما كان بارعاً لا يمكن أن يصل عن طريق وسائل الفحص الأخرى إلى الدرجة التى تصل إليها الاختبارات النفسية من حيث تغطيتها لمساحة أكبر من شخصية المريض وسلوكه، وفى وقت أقصر مما يبذل فى بعض الطرق الأخرى ـ كما تتاح للمقاييس معايير يمكن معها مقارنة المريض بغيره من المفحوصين فى مثل

سنه وجنسه ومستواه الاجتماعى والثقافى والاقتصادى. والعلاقة الدقيقة بين سلوك المريض فى الوقت الحاضر والتنبؤ بسلوكه فى المستقبل (٤٢ : ٨٣-٨٤).

وعلى الرغم من ذلك فإنه من المحقق أن فهم الشخص وفهم مشكلاته فهماً متعمقاً شاملا لا يمكن تحقيقه فقط من خلال الاعتماد على الاختبارات النفسية، ولكن أيضاً فى ضوء البيانات الأخرى كبيانات المقابلة والملاحظة والتاريخ الشخصى والتقارير الطبية . (٣٣ : ١٠٣).

ـ التصنيف والتشخيص ودور الاختبارات النفسية:

يقصد بالتشخيص Diagnosis فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب وتجميع الملاحظات فى صورة متكاملة ثم نسبتها إلى مرض معين محدد.

فالتشخيص فهم للمرض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية فى زملة مرضية Syndrome . وفى الوقت الحاضر يأخذ التشخيص النفسى صورة تحديد المشكلة أو حالة المريض النفسية . والأسباب المرضية لما يواجهه من صعوبات، والأساليب العلاجية الممكنة لمواجهة ما يجده من صعوبات والتغلب عليها ـ والتنبؤ بما سوف يسفر عنه العلاج من نتائج، أى سلوك المريض فى المستقبل، ويصبح التشخيص فى هذه الحالة تصنيفاً وصفياً De-scriptive Taxonomy or Classification . أو وصفاً لعلاقات طبيعية حيوية للمشكلات، وفيه أيضاً نهتم بسمات شخصية الفرد وميوله ودوافعه وصراعاته ودفاعاته. أى فهم ديناميات الشخصية. وبذلك يستطيع الأخصائى النفسى الإكلينيكى فهم السلوك وتفسيره وتحقيق الفهم العميق لمشكلات التوافق (٤٢ : ٧٤-٩٧).

وتعتبر الاختبارات النفسية : موضوعية أو إسقاطية أو غيرها أداة مهمة من حيث أنها تكمل المعلومات التى نحصل عليها بطرق مختلفة، وقد تلقى

عليها أضواء جديدة، ويمثل الاختبار الإسقاطى بالنسبة للمفحوص موقفاً مثيراً يتيح الفرصة كى يعكس عليه دون شعور منه حاجاته الخاصة وإدراكاته وتفسيراته الذاتية، والمواد المتعددة للأساليب الإسقاطية مثل الصور وغيرها تستخدم منبهات لاستجابات تكشف عن تركيب شخصية الفرد ومشاعره وقيمه ودوافعه وخصائصه التوافقية، وبعبارة أخرى فهو يسقط الجوانب الداخلية من شخصيته من خلال تفسيراته وتكويناته وبذلك يكشف لا إرادياً عن سمات كامنة تحت السطح الظاهرى من شخصيته لا يمكن إظهارها باستخدام اختبارات الشخصية الموضوعية.

وعندما نطبق مفهوم الإسقاط فى أساليب تقويم الشخصية فإنه يصبح أكثر تحديداً فى معناه، فهو يشير إلى ضبط العمليات المعرفية للشخص أى إدراكاته وتداعياته وذكرياته وإحكامه وتأثرها بالحوادث الخارجية مثل: المثيرات والمؤثرات النفسية الداخلية كالحاجات الدافعية والأنماط التوافقية. أى أن ما يراه الفرد وما يتذكره وما يفكر فيه جزء من استجابته للمثير الخارجى ولموجهات داخلية، فالإسقاط هو التركيز على المحددات الداخلية للإدراك والفكر . (٤٢ : ٤٣٣-٤٣٥)[(١)].

ومن الاختبارات النفسية ما هو من نوع الاستبيانات أو اختبارات التقرير الذاتى التى تستخدم الورقة والقلم، ومن أمثلتها اختبارات :

١ ـ اختبار الشخصية المتعدد الأوجه M.M.P.I

٢ ـ استخبار أيزنك للشخصية. E.P.Q.

٣ ـ مقياس التقلبات الوجدانية الدورية (ث) (C.)

٤ ـ مقياس الانهباط أو الاكتئاب (د) (D)

أو قد تكون اختبارات إسقاطية تكون المنبهات فيها أقل تحديداً فى بنيانها كما تكون أهدافها غير واضحة للمفحوص، فيصعب عليه تزييف

---

(١) سيد غنيم، هدى برادة، الاختبارات الإسقاطية، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٨٠، ص١١-١٤.

استجاباته لها، ومن أمثلتها:

١ ـ اختبار بقع الحبر ـ روورشاخ

٢ ـ اختبار تفهم الموضوع .T.A.T ـ مورجان ومورای.

٣ ـ اختبار روتر لتكميل الجمل. روتر وويلومان.

ومن الواضح أن هذه الأنواع المختلفة من الاختبارات تؤدى وظائف مختلفة فى المواقف الإكلينيكية المختلفة، مثل تحديد المستوى العقلى للفرد بقصد مساعدته فى اختيار تعليم أو مهنة أو كليهما أو تشخيص ضعف عقلى أو تدهور عقلى أو اضطراب عصابى أو ذهانى أو تحديد تلف فى المخ أو خلل عضوى... إلخ. (٣٣ : ١٨).

وتتميز الاختبارات الإسقاطية عن الاختبارات الموضوعية بالنواحى الآتية:

١ ـ أن الموقف المثير الذى يستجيب له الفرد غير متشكل، وناقص التحديد، وأن ذلك من شأنه أن يقلل من التحكم الشعورى للفرد فى استجاباته بما يترتب عليه سهولة الكشف عن شخصيته.

٢ ـ أن الفرد لا يدرك طريقة تقدير استجاباته، ولذلك فإنه يكشف عن نفسه بسهولة ودون محاولة إخفاء شخصيته أو بعض نواحيها عن المختبر.

٣ ـ أن الاستجابات لا تقدر من ناحية أنها صواب أو خطأ، ولكنها تقوم من ناحية دلالتها على شخصية المفحوص على اعتبار أنها إسقاطات لمشاعره ورغباته ومشكلاته على مدرك خارجى وهى مواد الاختبار .

٤ ـ أن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس النواحى الجزئية من الشخصية، ولكنها تحاول أن ترسم صورة للشخصية ككل من حيث مكوناتها أو العلاقات الديناميكية بين هذه المكونات.

٥ ـ أن الاختبارات الإسقاطية لا تقيس المظاهر السطحية للشخصية، بل إنها تتغلغل فى شخصية المفحوص إلى التنظيم الأساسى للشخصية والديناميكيات المؤثرة فى هذا السلوك الظاهرى (٤٠٢ : ٤٣٨-٤٣٩).

عرض لعدد من المقاييس المستخدمة فى التشخيص الإكلينيكى:

أولاً : اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (M.M.P.I) :

صمم اختبار المنيسوتا لكى يستخدم كأداة تساعد فى عملية التشخيص للاضطرابات العصابية والذهانية، ولذلك فقد جاء تكوينه نتيجة لدراسات تجريبية وإحصائية (عن طريق تحليل البنود) هدفها التحقق من أنها تفرق فعلا بين المجموعات الإكلينيكية المختلفة وبين مجموعات الأسوياء[1].

ولذلك فهى تعد اختبارات تشخيصية فارقة Differential Dignostic Tests ذلك أنها تفرق بين الانحرافات المتشابهة عن طريق البحث وراء الظواهر الأساسية العامة لهذه الانحرافات.

وهناك من الاعتبارات ما يسمح بتطبيق مقاييس المنيسوتا على الأسوياء، رغم أنها محملة أساساً بمعانى المرض (وأقرب هذه الاعتبارات إلى البداهة ما تكشف عنه دراسات التقنين نفسها التى نشرها (هاثاواى وماكينلى S.R. Hathway & J. G. Mckinly منذ بدء تكوينهما لمقاييس الاختبار.

وقد أوضحت هذه الدراسات أن الفرق بين المرضى والأسوياء على هذه المقاييس فروقاً كمية ومن ثم فإن الأسوياء ينالون على هذه المقاييس درجات معينة (منخفضة نسبياً) ولا ينالون صفراً، هذا إلا أن تلك الدرجات تكشف عن فروق فردية فيما بينهم.

وقد طبقت بالفعل مقاييس مينسوتا فى عدد كبير من الدراسات على الأسوياء من الجنسين ومن مختلف الفئات المهنية والاجتماعية والاقتصادية اعتماداً على هذه الحقيقة. ثم إن هذه المقاييس قد لاتختلف عن بقية مقاييس الشخصية من حيث قياسها للنواحى المزاجية والانفعالية إلا أنها تؤكد ناحية التشخيص.

---

(١) سويف (مصطفى)، إطار أساسى للشخصية، ودراسة حضارية مقارنة على نتائج التحليل العاملى، المجلة الجنائية القومية، عدد ١٩٦٢/٥، ص ١-٤٨.

ويتكون الاختبار من (٥٥٠) عبارة تغطى مدى واسعاً من الموضوعات تتناول الجوانب المختلفة فى الشخصية، وتصنف عبارات الاختبار فى أربعة مقاييس للصدق تهدف إلى التأكد من صدق الصفحة النفسية، وعشر مقاييس إكلينيكية يمكن أن تتوافق ونظام كريلين التصنيفى، وفيما يلى عرض للمقاييس الإكلينيكية التى يشتمل عليها الاختبار:

١ - مقياس توهم المرض (هـ.س):

هو مقياس لمقدار الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية، والقلق الذى لا يستند إلى سبب على الصحة، فيشكو الفرد غالباً من الام واضطرابات يصعب تبينها، ولا يوجد أساس عضوى واضح، ومن خصائص المتوهم للمرض أنه يكون ناقص النضج فى معالجته لمشكلات الراشدين، ولا يستجيب لها بالاستبصار الكافى.

٢ - مقياس الهستيريا (هـ ى):

يقيس المقياس تشابه المفحوص بالمرضى الذين يظهر عليهم أعراض الهستيريا التحولية، قد تأخذ هذه الأعراض صورة شكاوى عامة ومنظمة أو شكاوى أكثر تحديداً أو تخصصاً مثل الشلل والتقلصات، والاضطرابات المعدية والأعراض القلبية، وقد لا تظهر مطلقاً أعراض واضحة محددة على شخص يحصل على درجة مرتفعة فى المقياس، ولكنه فى وقت الشدائد يحتمل أن تظهر عليه الأعراض الهستيرية بوضوح، وأن يلجأ إلى حل المشاكل التى تواجهه عن طريق هذه الأعراض.

٣ - مقياس الانحراف السيكوباتى (ب د):

يقيس هذا المقياس درجة تشابه المفحوص بجماعة السيكوباتيين الذين تتمثل صعوبتهم الرئيسية فى نقص الاستجابة الانفعاليةالعميقة، وحتى عدم القدرة على الإفادة من الخبرة، وعدم المبالاة بالمعايير الاجتماعية رغم أنهم يكونون أحياناً خطرين على أنفسهم وعلى الآخرين.

٤ ـ مقياس البارانويا (ب أ):

استخرجت عبارات هذا المقياس بالمقارنة بين استجابات السويين واستجابات جماعات متنوعة من المرضى بالبارانويا، أى من عملاء العيادات الذين يتسمون بالتشكك وبالحساسية الزائدة وبهواجس الاضطهاد... وقد يشير المقياس فى حالة ارتفاع الدرجة عليه إلى حساسية زائدة فيما يتصل بالعلاقات الاجتماعية وليست إلى شعور بالاضطهاد، وعلى كل حال حين ترتفع الدرجة فإن ذلك يكون علامة ثابتة على الحساسية الزائدة أو على شعور بالاضطهاد.

٥ ـ مقياس السيكاثنيا (ب ت):

وهو مصطلح استخدمه (جانيه Janet) للدلالة على عصاب نمطى يتميز بالقلق الزائد المرضى والأفكار القهرية والوساوس. ويكشف مقياس السيكاثنيا عن التشابه بين المفحوصين والمرضى الذين يعانون من المخاوف المرضية أو السلوك القهرى. وقد استخرج هذا المقياس من استجابات وسواسيين قهريين ممن كانوا يعانون أيضاً من الانقباض الشديد وكان تشخيصهم المميز عصاب سيكاثنيا. فالمقياس إذاً شديد الارتباط بالمثلث العصابى.

٦ ـ مقياس الفصام (س ك):

يكشف هذا المقياس عن التشابه بين استجابات المفحوص واستجابات جماعة مختلطة من المرضى الفصاميين الذين يتميزون بالتفكير أو السلوك الخلطى الشاذ، أو على الأقل ممن يشبه سلوكهم السلوك الفصامى، ويرتبط مقياس الفصام ببعض المقاييس الأخرى. وقد وجد المؤلفان معامل ارتباط بين س ك، ب أ للأسوياء يعادل ٨٤, ويهبط هذا المعامل إلى ٧٥, فى حالة اللا أسوياء.

٧ ـ مقياس الهوس الخفيف (م أ):

استخرج هذا المقياس من استجابات جماعة من الأشخاص الذين يتميزون بالنشاط الزائد فى الفكر وفى العمل، ويعانون من الهوس الخفيف. والشخص المصاب بالهوس الخفيف يبدو أنه ينحرف انحرافًا ضئيلا فقط عن حد السواء.

٨ ـ مقياس الانطواء الاجتماعى (س ى):

ويهدف هذا المقياس إلى قياس النزعة إلى الانزواء من الاتصال الاجتماعى بالاخرين، وعدم الاشتراك فى أوجه النشاط المختلفة التى يشترك فيها مجموعة من الناس، وهو ليس مقياساً إكلينيكياً بالمعنى المحدد أى لا يقتصر استخدامه على مرضى المستشفيات، ولكنه يمتد أيضاً إلى السويين، وقد وجد أن الدرجات المرتفعة على هذا المقياس تدل على الميل إلى الانطواء.

٩ ـ مقياس الاكتئاب (د):

ويقيس مدى عمق الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب، وهو حالة من عدم القابلية للاستجابة للمنبهات أو كلها، أو انخفاض المبادأة ـ وتواتر الأفكار القائمة لدى الشخص، وقد يكون الاكتئاب عرضاً فى بعض الاضطرابات النفسية أو العقلية، ولكن ثمة أفراد دون أى عرض للاضطراب النفسى أو العقلى معرضون للاكتئاب وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى معنويات منخفضة فى المجال الوجدانى مصحوبة بإحساس بعدم النفع وعدم القدرة على تحقيق أهدافه فى المستقبل.

١٠ ـ مقياس الذكورة ـ الأنوثة (م ث):

وهو أساساً مقياساً للاهتمامات الخاصة بكل جنس، ويقيس الميل إلى الذكورة أو الأنوثة فى أنماط الاهتمامات، وتشير الدرجة المرتفعة على المقياس إلى انحراف فى نمط الاهتمامات فى اتجاه الجنس الآخر، وقد

اختيرت بنود المقياس نتيجة لمقارنات بين الميول الذكرية والميول الأنثوية لدى الذكور، ثم مقارنات بين الجنسين، ويعتقد مصمموا الاختبار أن الدرجة على هذا المقياس ذات أهمية فى مجال الاختبار المهنى، فبصفة عامة يمكن القول أن من الأفضل وضع الأشخاص فى المهن الملائمة لدرجتهم على هذا المقياس.

والواقع أن الاختبار لا يهدف إلى قياس سمات نفسية أو إلى الكشف عن الأسباب والعوامل الكامنة ورآء الأعراض، ولكنه يهدف إلى أن يميز السيكولوچى الإكلينيكى بصورة متكاملة عن الجوانب المتعددة فى شخصية العميل، وتتمثل فى الصفحة النفسية التى يمكن رسمها فى الدرجات المعيارية على المقاييس المختلفة، وقد أسفرت البحوث على أن نمط العلاقات بين المقاييس أهم فى الدلالة الإكلينكية من أى درجة على مقياس واحد بمفرده.

ثانياً : استخبار أيزنك للشخصية E.P.Q

وضع هذا الاستخبار كل من هانز أيزنك، وسيبل أيزنك زوجته، وهو آخر تطورات سلسلة قوائم أيزنك فى قياس سمات الشخصية، وقد صدر هذا الاستخبار فى عام ١٩٧٥ ، وأهم ما يفترق فيه الاستخبار الحالى عن قائمة أيزنك للشخصية والتى تعرف بـ (E.P.I) وهو فى احتواء الأول (E.P.Q) على مقياسين إضافيين الأول وهو مقايس الذهانية، والثانى هو مقياس الميل للإجرام، كما أجريت بعض التحسينات على مقاييس : الانبساط، العصابية، الكذب، ومع ذلك فيمكن استخدام هذه المقاييس الثلاثة فى القائمة السابقة بنفس الكفاءة، أما المقياس الثانى وهو مقياس الميل للإجرام فهو مقياس يستخدم للتميز بين المجرمين وغير المجرمين، ويمكن أن يكون مقياس الميل للإجرام مفيد فى التنبؤ بالجناح أو العود للإجرام.

ويشير مصطلح الذهانية كما يقاس بهذا المقياس الفرعى المسمى بهذا الاسم إلى سمة كامنة فى الشخصية وتوجد بدرجات متفاوتة لدى كل

الأشخاص، وإذا ما وجدت بدرجة عالية فإنها تشير إلى أن لدى الفرد قابلية أو استعداد لتطوير شذوذ نفسى، ومع ذلك فإن وجود مثل هذا الاستعداد أو التهيؤ النفسى يعد بعيداً تماماً عن الذهان الفعلى، وأن نسبة ضئيلة فقط ممن لديهم درجات ذهانية مرتفعة يعدون مستعدين لتطوير الذهان خلال مجرى حياتهم.

وقد أجرى حساب صدق لمقياس الذهانية بالطرق الخمس الآتية:

١ ـ للمجرمين درجات مرتفعة عليه بالمقارنة بالعينة الضابطة لهم.

٢ ـ لأطفال المدارس، وذوى السلوك المضاد للمجتمع درجات مرتفعة.

٣ ـ على مجموعات ذهانية ـ ولهم درجات مرتفعة على هذا المقياس.

٤ ـ يصطلح على أن العدوان والاهمال والعدوانية وهما اثنتان من المكونات الأساسية للذهانية وهما خصائص ذكرية، فافترض أن درجة الذكور أعلى، كما اتضح كذلك أن هناك علاقة دقيقة بين الذهانية والنمط الذكرى للاتجاهات والسلوك.

٥ ـ دراسات تجريبية ومعملية وارتباطية:

وقد ورد فى كراسة تعليمات الاستخبار، المعايير الإنجليزية لدى عينات سوية تبعاً لمختلف المهن بالإضافة إلى جماعات غير سوية مع بيان تأثير متغير العمر، ومعاملات الارتباط بين المقاييس الفرعية الأربعة.

والمقياس يتكون من ١٠١ سؤالا موزعة على المقاييس الفرعية الخمس الآتية:

المقياس الفرعى	الرمز	عدد البنود
١ ـ الذهانية.	P	٢٥
٢ ـ الانبساط.	E	٢١
٣ ـ العصابية	N	٢٣
٤ ـ الكذب	L	٢١
٥ ـ الإجرام	C	٣٣

ويلاحظ أن عدد البنود موزعة على المقاييس الفرعية الخمس (المشمولة في القـائمـة) (١٠١ بند) وذلك نظراً لاشتراك بعض البنود في أكثـر من مقياس فرعي واحد. هذا وقد أظهرت الدراسات التي استخدمت فيها هذه القائمة (E.P.Q) قدرتها على التمييز بين مجموعات إكلينكية متعددة تعاني اضطرابات في السلوك، ويقصد الباحث الاضطرابات السلوكية ليس فقط الأمراض النفسية أو العصابية أو الذهانية فقط، لست أقصد هذا النوع من الاضطرابات وحدة إنما تنسحب التسمية على جميع مظاهر الاختلال في السلوك التي اعتدنا أن نطلق عليها أسماء كالجريمة والجناح وأشكال سوء التوافق المتعددة. وهذا الاستخبار أجرى عليه رصيد كبير من الدراسات الأجنبية والعربية التي تدلل على كفاءته .

ثالثاً : مقاييس التقلبات الوجدانية الدورية والاكتئاب من استخبار جيلفورد للشخصية S.T.D.C.R.

يلاحظ أن مقاييس جيلفورد قد ألفت دون الاستعانة بمحكات خارجية، بل بالاعتماد على نتائج التحليل العاملي لمعاملات الارتباط بين عددٍ من البنود طبقت على فئات من المفحوصين الأسوياء في سلسلة من الدراسات العاملية المتتالية، وكانت هدف هذه الدراسات اختبار سلسلة من الفروض مثل الفرض القائل: بأننا إذا جمعنا مجموعة البنود التي يقال أنها تكشف عن مظاهر الانطواء/ الانبساط، وقمنا بإجراء تحليل عاملي للارتباطات القائمة فسوف نعثر على أكثر من عامل.

وبناءً على نتائج التحليلات العاملية أمكن الكشف عن ثلاثة عشر عاملا أولياً، ثم جمعت البنود المختلفة مع بعضها البعض على أساس تشبعاتها العاملية وحذفت البنود التي لا قيمة لها، وأخيراً قدرت معاملات الارتباط بين كل بند وبين مجموعة البنود التي ضم إليها، وذلك توفيراً للدقة في حساب الوزن الذي يعطى لكل بند على حده في مساهمته في الدرجة الكلية التي ينالها المفحوص على المقياس.

والسمات الأولية التي يقيسها المقياس هي على النحو الآتي:

S الانطواء الاجتماعي أو العزلة، ورمزه بالعربية (س)

T انطواء التفكير، النزوع إلى لتأمل الفكرى ورمزه بالعربية (ت)

D الانهباط، مشاعر التعاسة والتشاؤم ورمزه بالعربية (د)

C الاستعداد للتقلبات الوجدانية أو الدورية ورمزه بالعربية (ث)

R الميل إلى التسخفف من الأعباء ورمزه بالعربية (ر)

ويذكر جيلفورد أن السمات (س، ت، د) يمكن أن نعتبرهما بمثابة أنواع ثلاثة من الانطواء/ الانبساط، ويمكن تمييز القطب المقابل للعامل (ر) على أنه التحكم فى النفس وضبطها.

وربما تفسر السمات (ر.ت) عندما تؤخذان معاً قدراً كبيراً من زملة الميل العصابى أو سوء التوافق الوجدانى.

(أ) مقياس التقلبات الوجدانية الدورية (ث):

من بطارية جيلفورد لعوامل الشخصية المعروفة باسم (S.T.D.C.R) ويهدف هذا المقياس إلى قياس بعض الاعراض المتعلقة بالاضطرابات الانفعالية أو الميل العصابى أو عدم التوافق الانفعالى.

والاختبار ذا طابع باثولوجى رغم تقنينه أصلا على الأسوياء، والمقصود به الإشارة إلى اتجاهات معينة لبعض مظاهر سوء التوافق عن الأسوياء من شأنها إذا تضخمت (إذا غلب حدوثها فى كثير من مواقف الحياة، أو إذا كثرت أشباهها فى سلوك الشخص) أن يؤدى بالشخص إلى المرض.

وقد أثبت المقياس ارتفاع فى مستوى الثبات (٩٤٥,)، وارتفاع فى التشبع بعامل العصابية (٩٤٩,) فى حالة الذكور، و (٨٤٠,) فى حالة الإناث.

ب ـ مقياس الانهباط أو الاكتئاب (د):

ويرتبط هذا المقياس بالزملات الانقباضية المختلفة، والدرجة المرتفعة على المقياس تدل على انخفاض الروح المعنوية على الشعور باليأس والتعاسة والنظرة التشاؤمية للحياة، كما أنه ينزع إلى القلق ويتميز بنقص الثقة فى النفس وضيق الاهتمامات وقد أثبت المقياس ارتفاع فى مستوى الثبات بلغ (٦٢٩,)، وارتفاع فى التشبع بعامل العصابية وصل إلى (٩٤٩,) فى حالة الذكور، و (٦٩١,) فى حالة الإناث.

وقد استخدم مقياس التقلبات الوجدانية (ث)، والانهباط أو الاكتئاب (د) لقياس بعد العصابية فى حالة المقياس الأول، أما المقياس الثانى فقد استخدم لقياس تلك الأعراض المتضمنة فيه بحيث تلقى فى نهاية الأمر ضوءاً على الاكتئاب وهو العصاب النمطى للانطواء.

نماذج من الاختبارات الاسقاطية

(١) اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test T.A.T

يعتبر هذا الاختبار من أكثر الاختبارات الاسقاطية شيوعا أذ يستخدم فى اعمال العيادات النفسية وفى دراسة الشخصية، ويقوم هذا الاختبار على تقديم عدد من الصور الغامضة نوعا ما ودعوة المفحوص إلى تكوين قصة أو حكاية تصف ما يدور بالصورة وتتناول احوال الاشخاص والاحداث التى تجرى فيها، ثم يقوم الفاحص بدراسة ما يقدمه المفحوص، ويحاول أن يستشف منها ما فى نفسه من ميول ورغبات واتجاهات وحاجات مختلفة.

ويتكون هذا الاختبار من عشرين صورة تقدم للمفحوص الواحدة بعد الاخرى، ويطلب منه أن يكون حكاية وقصة عن كل صورة منها، وهناك صور خاصة بالصبيان B وبالبنات G وبالرجال M وبالنساء F وتعطى الصور وفق ترتيب محدد تشير إليه الارقام المكتوبة على ظهر البطاقة.

كما تشير الحروف الابجدية المكتوبة إلى جانب الرقم الى نوع

الشخص الذى تقدم اليه البطاقة ذكراً أم أنثى، صغيراً أم كبيراً، ويستغرق إجراء الاختبار عادة جلستين تعطى للمفحوص فى كل منها عشر صور، وقد وجد بالتجربة ان المفحوص لو اعطى العشرين صورة فى جلسة واحدة لأدى ذلك إلى التعب واقتضاب الحكايات وتفاهة محتوياتها.

وتختلف تعليمات الاختبار التى تلقى فى الجلسة الأولى عن تلك تلقى فى الجلسة الثانية كما أن هناك من التعليمات احداهما (أ) توجه إلى اصحاب الذكاء المتوسط، وفوق المتوسط والمثقفين من الكبار.

أما الاخرى (ب) فتوجه إلى الاطفال والكبار من ذوى التعليم المحدود والذكاء المحدود ـ والمرضى العقليين. وقد نشر مورجان وموراى Morgan & Murray اختبار تفهم الموضوع فى سنة ١٩٣٥، ثم نشر مورجان الدليل النهائى فى عام ١٩٤٣.

ثبات الاختبار

حسب ثبات الاخبار بطرق متعددة من بينها ثبات المصححين، واعادة الاختبار والقسمة النصفية، ويتراوح معامل ثبات المصححين (بإستخدام معامل ارتباط الرتب بين ٠,٣٠، ٠,٩٠ وبإستخدام النسبة المئوية للاتفاق وصلت النسبة إلى ما بين ٥٠٪ إلى ٧٥٪ وهناك معاملات ثبات باعادة الاختبار لبعض فئات التصحيح تتراوح بين ٠,٦، ٠,٩ كما توصل بعض الباحثين إلى معاملات ثبات تصل إلى ٠,٨ بعد إعادة الاختبار بشهرين لعينة من الاناث عددها (١٥) وهناك معاملات ثبات أقل لعينات أخري مختلفة.

وبتحليل القصص من حيث تكرار التعبير عن الحاجات - وتقدير شدة هذه الحاجات والضغوط حسب ثبات القسمة النصفية وحصل بعض الباحثين على معاملات ثبات يتراوح بين ٠,٤٨، ٠,٤٦.

الصدق:

لاتتوافر محكات مناسبة لصدق الاختبار ويلاحظ عدم ملاءمة المفاهيم والأسس النظرية التى تقوم عليها الاختبارات الاسقاطية للمفاهيم السيكومترية لصدق والثبات واذا أخذنا بمفهوم صدق التكوين اعتمادا على المقدمات النظرية الى يقوم عليها الاختبار،

فيمكن بناء عدد من الفروض التى تقبل الاختبار لتكون بمثابة محك للصدق - فبناء على منطق اسقاط الحاجات والضغوط على مضمون القصص يتوقع أن نجد قصصا تدور حول الطعام لدى الافراد الجائعين - وقد ظهر بالفعل أن العلاقة منحنية بين الجوع وبين مضمون القصص واحتوائها للطعام.

(٢) اختبار بقع الحبر Rorschach Inkplot Test

وضعه (هنرى رورشاخ H-Rorschach الطبيب النفسى السويسرى ونشره فى مؤلفه Psychodiagnostics عام ١٩٢١

ويتألف الاختبار من عشر صور تتكون كل صورة منها من أشكال متماثلة على نحو ما يحدث حين نلقى بنقطة حبر كبيرة على ورقة بيضاء ثم نطبق الورقة ونضغط عليها قليلا فتخرج اشكال مختلفة متماثلة مع ذلك، وعلى الرغم من أن بطاقات رورشاخ قد تكونت بصورة عارضة، الا أن الصور العشر التى تكون منها الاختبار قد اختبرت من بين عدد كبير جدا من الصور.

وهذه الصور العشر تثير أكبر قدر ممكن من الاستجابات المختلفة لدى الاشخاص المختلفين وظروف إجراء هذا الاختبار لا تختلف كثيرا عن ظروف إجراء الاختبارات الاخرى من حيث ضرورة إجراء الاختبار فى غرفة خاصة، حتى لا يتحرج المفحوص من وجود شخص ثالث، وغير ذلك من أمور يجب أن تراعى اثناء جلسة التطبيق.

وبعرض على المفحوص العشر بطاقات الورقية - مطبوع على كل بطاقة بقعة حبر متماثلة الجانبين، وخمس من هذه الصور تتكون من اللون الاسود، وظلاله الرمادية بينما تتضمن بطاقتان اخريان لمسات اضافية من اللون الاحمر، وتتضمن البطاقات الثلاث الباقية بعض الظلال الملونة.

وتقدم البطاقات للمفحوص تباعا وتقضى التعليمات بان يذكر للمختبر: ماذا يرى فيها؟ وبماذا تذكره؟ أو ماذا يمكن أن تمثله؟

والاستجابات التي يعطيها المفحوص، وكذلك الاجابات لاسئلة معينة عن هذا التداعى فيما بعد، تستخدم كأساس للتصحيح والتفسير، ولا تصحح الاستجابات اساسا وفقا للمضمون، كما قد يكون متوقعا، ولكن تبعا لخصائص شكلية معينة، مثلما اذا كان المفحوص قد استخدم الكل أم الاجزاء من البقع فى الاستجابات .

وما إذا كانت الظلال والألوان قد استخدمت - وفي أي ظروف وما إذا كان التداعى قد تضمن حركة كائنات حية.

بينما يعطى المضمون، مثل رؤية صوراً إنسانية، حيوانات، أو نباتات، درجة ثانوية وفئات الدرجات في الاختبار، مثل الحركة واللون تفسر باعتبار أنها تشير لوظائف مختلفة فى الشخصية: الابتكار الذهنى، التنفيث عن الانفعالات، والتفكير العملى أو ما شابه ذلك.

ويعطى تقدير خاص للأسلوب الذى يرتبط به العوامل المختلفة بعضها ببعض فى التعبير عن الشخصية الكلية، أذ إنه قد وجد أن أي قدر من وجود فئة معينة من الدرجات أو غيابها، ويمكن ان يحدث، وعندئذ قد تختلف اختلافاً كبيراً تبعا لمعنى الدرجات المصاحبة الأخرى، ومن المعايير التى نتجت من العمل مع مفحوصين فى مجموعات مختلفة معروف خصائصها جيداً: أشخاص اسوياء، عصابيون، ذهانيون يمكن ان تفسر نمط درجات المفحوص باعتباره يمت إلى شخصية أو أخرى، وتلقى النتائج أضواء على

الأنواع المختلفة للذكاء ودرجاته (الذكاء بمعناه الواسع) والنماذج المزاجية المختلفة والميول العصابية والميول الذهانية.

ويلزم للتطبيق السليم لهذه الطريقة مهارة كبيرة، أذ أنه لا توجد كما فى كل الوسائل الاسقاطية الرئيسية، اجابات صحيحة أو خاطئة يمكن الرجوع إليها بمفتاح للإجابة يستخدم كأساس لتفسير إلى - وفى نفس الوقت يتبقى ملاحظة أن هناك معايير محدودة لتصحيح ما يكشف عنه اختبار ورواشاخ.

ثبات الاختبار:

حسب ثبات الاختبار بوسائل متعددة، وحسب (فورد Ford) ثبات اعادة الاختبار على عينة من الاطفال، وحصل على ارتباطات للمحددات تتراوح بين ٠٣٨، ٨٦, باعادة الاختبار بعد شهر - وحسب ثبات الصور المتكافئة باستخدم مجموعة أخرى من البطاقات يفترض أنها مكافئة للروشاخ وضعها (هارور وشتاينر Harrower & Steiner) وتستثير نفس الاستجابات التى تستثيرها بطاقات الروشاخ وبنفس خصائص التصحيح، وقد اظهرت النتائج أن المجموعتين تؤديان إلى نتائج مشابهه بقدر مرضى يسمح باستخدم هذه المجموعة كبديل أو مكافئ لرورشاخ فى دراسة الثبات كما استخدم اسلوب التصنيف فى دراسات أخرى (البطاقات الفردية فى مقابل الزوجية) وترواحت معاملات الارتباط بين ٠٦٠، ٩٢,٠

صدق الاختبار:

استخدمت وسائل متعددة لتقدير صدق الاختبار تقدير تتضمن الصدق بمحك ارتباط تفسير الأداء بتشخيص مستقل فى مقابلات إكلينيكية سيكاتيرية، والاتفاق بين تقارير الروشاخ وملاحظات على مدى طويل لمجموعة من الافراد، والارتباط بين التقارير وتقارير إكلينيكية قبل وبعد العلاج، كما حسب الاتفاق فى دراسة سيجل بين تقارير الاختبار والتشخيص السيكاتيرى (٢٦ طفلا ووصل الاتفاق إلى ٦٢٪ قبل العلاج،

٣- اختبار روتر لتكميل الجمل: The Rotter Incomplete Sentences Blank

فى عام ١٩٤٧ نشر روتر وويلومان الاختبار المشهور باختبار روتر لتكميل الجمل وهو تعديل وتحسين فى اختبارات سابقة، وهو اختبار اسقاطى يستخدم جملا ناقصة يتعين على المفحوص أن يقوم باكمالها وفقا للتداعيات التى تثيرها بداية الجملة المقدمة - ويتكون الاختبار من ٤٠ جملة ناقصة يطلب من المفحوص أن يقوم باكمالها معبرا عن مشاعره واحاساساته، ويصحح الاختبار وفقا لسلم من الدرجات من ١ - ٧ وتتعدد درجة المفحوص على البند بمدى تعبير بقية الجملة عن توافقه أو عدم توافقه، ويوفر دليل الاختبار نماذج للجمل المختلفة، والتقديرات التى يحصل عليها كل نموذج، وهو ما يوفر محكا موضوعيا إلى حد كبير لتفسير وتصحيح الاجابات، ومجموع درجات المفحوص على بنود الاختبار تعبر عن درجة توافقه.

وبهذا يختلف هذا النوع من الاختبارات عن الرورشاخ - وتفهم الموضوع فى أنه غير مركب المكونات، ولا يحتاج إلى تقدير ذاتى من الباحث سواء لتصنيف الاجابة أو تفسيرها، وأن كانت تنطبق عليه بصفة عامة المشكلات المتعلقة بالاختبارات الاسقاطية من عدم الثقة فى الاسس النظرية التى تقوم عليها جميعا، وعدم اتفاقها على الأسس التقليدية لبناء المقاييس الموضوعية، وصعوبة اخضاعها لأسس التقويم السيكومترية الأساسية من صدق وثبات.

ومن أمثلة بنود الاختبار

أ - أحب......... ب - أسعد الأوقات.......

وقد أعدت الاستاذة الدكتورة صفاء الاعسر الاختبار للاستخدام فى البيئة المحلية.

وجدت الباحثة معامل ثبات يعادل ٠,٨٣ بطريقة اعادة الاختبار على عينة من ٢٠٠ طالبة على مدى شهرين، ومعامل ثبات للتصحيح الذى قامت به الباحثة ومصحح أخر يعادل ٠,٨٦ .

ب- صدق الاختبار:

قدمت الباحثة ادلة على صدق الاختبار تتمثل فى توزيع قريب من الاعتدال لدرجات العينة، ومعاملات ارتباط الاختبار واختبار بل للتوافق (٠,٧٣)، وكاتل للقلق (٠,٧٩) وفروقا بين متوسط عينة من المترددين على عيادة للأمراض النفسية (م= ١٦٤) ومتوسط عينة التقنين (م = ١٣٣).

وفيما يلى وصف لبعض اختبارات الذكاء المستخدمة فى التشخيص النفسى:

١- مقياس ستانفورد بينه:

فى عام ١٩٠٤ وضع الفرد بينه وثيودور سيمون مقياسا للذكاء يهدف إلى التميز بين الاطفال الاسوياء وضعاف العقول ويشمل هذا المقياس ٣٠ اختباراً متدرجة فى الصعوبة ومرتبه حسب الاعمار، حتى يستطيع الفاحص أن يحدد مدى تقدم الطفل أو تخلفه عقلياً، وتقيس هذه الاختبارات الثلاثين أربعة قدرات هي:

أ ـ القدرة على النمو الحركى (مثل اختبارات التآزر البصرى، والفهم عن طريق اللمس والفهم عن طريق البصر أو الرؤية.

ب ـ القدرة على التفكير المعرفى (مثل اختبارات التعرف على الطعام، والاشارة إلى الاشياء وخاصة اعضاء الجسم).

جـ ـ والقدرة على التذكر (مثل اختبارات تكرار ثلاثة أرقام، وتكرار جملة تتكون من ١٥ كلمة والذاكرة البصرية، ورسم الاشكال من الذاكرة، ومدى ذاكرة الارقام Memory Span.

د ـ والقدرة على التفكير الابتكارى (مثل اختبارات تتطلب من المفحوص اعطاء كلمات ذات قافية واحدة، وبناء جملة تحتوى على ٣ كلمات معينة وطريقة تحديد الوقت بعد أن تحل عقارب الساعة محل بعضها.

وفى عام ١٩٠٨ ظهر مقياس جديد لبنية وسيمون يعتمد على المقياس السابق (١٩٠٤) ولكنه يتضمن اساسيات لم يكن يتنبأ بها مقياسهما السابق ألا غامضا، ويمتاز هذا المقياس بتصنيف الاختبارات التى يتكون منها حسب مستويات الاعمار المختلفة ابتداء من سن ٣ سنوات حتى سن ١٣ سنه تبعا للعمر الذى يستطيع الاطفال الاسوياء الوصول إلى اسئلته بنجاح.

ولقد اعتبر المستوى العمرى للاختبار هو ذلك الذى يستطيع ما بين ٥٥٪ ـ ٧٥٪ من الأطفال فى عينة التقنين أن يجيبوا علية اجابة صحيحة. ويتحدد العمر العقلى للطفل على أساس يساوى العمر الذى يستطيع أن يجتازه، ويجتاز الاعمار السابقة عليه (العمر الأساسى Basel Age) ثم يضاف اليه عام أضافى من العمر العقلى كل ٥ اختبارات من المستويات الاكثر صعوبة.

وفى عام ١٩١١ عدل بينه مقياسه باسمه منفرداً وأعاد ترتيب كثير من الاختبارات وحدد عددها فى كل مستوى عمرى بخمسة اختبارات.

وفى عام ١٩١٦ وضع لويس ترمان بجامعة ستانفوردمقياسا للذكاء سمى باسم (مقياس ستانفورد ـ بينه) ولقد اعتمد فى وضع هذا المقياس نتيجة الابحاث التى قام بها على مقياس بينه منذ عام ١٩١٠ ولقد نقل الاستاذ أسماعيل القبانى هذه النسخة إلى اللغة العربية وإجرى تعديلات عليها ـ ويشمل هذا المقياس عدد ٩٠ اختبارا مقسمه إلى ١٢ مجموعة تصلح كل مجموعة لسن معينة من الثالثة إلى الرشد.

وفى عام ١٩٣٧، قام كل من ترمان وميريل بتنقيح المقياس الذى وضع عام ١٩١٦ وتكون المقياس الجديد من ١٢٩ اختبارا تبدأ من سن الثانية وزادت دقة تعليمات المقياس ومعاييره وقنن على نحو اشمل، وعلى

عينة كبيرة أدق تمثيلاً، وقلت نسبة الاختبارات اللفظية فى الاعمار الصغرى، حيث استخدمت النماذج المصغرة والمكعبات الملونة، وقد نقل الدكتور محمد عبد السلام، والدكتور لويس كامل ملكية مقياس عام ١٩٣٧ إلى العربية.

وفى عام ١٩٦٠ قام ترمان بتنقيح المقياس الذى وضع عام ١٩٣٧ فحذف بعض الاختبارات التى لم تعد صالحة بسبب التغيرات الثقافية وخمسة اختبارات افضل وقنن بدقة فائقة ووضع فى صيغة واحد (ل ـ م).

ثبات المقياس:

أجريت دراسات متعددة على الثبات على طبعة ١٩٣٧ من المقياس وذلك باستخدام الصور المتكافئة Equivalent Forms على فترات زمنية مقدراها اسبوع، وقد لوحظ أن المقياس يميل إلى أن يكون أكثر ثباتا فى الاعمار الكبيرة منه فى الاعمار الصغيرة وفى مستويات نسب الذكاء الدنيا عنه فى الذكاء العليا.

أ ـ فئات العمر بالسنوات	درجة ثبات المقياس
٢ ١/٢ - ٥ ١/٢	٠,٨٣ - ٠,٩١
٦ - ١٣	٠,٩١ - ٠,٩٧
١٤ - ١٨	٠,٩٥ - ٠,٩٨
ب ـ نسبة الذكاء	
١٤٠ - ١٤٩	٠,٨٣
٦٠ - ٦٩	٠,٩١

صدق المقياس

يرتبط هذا المقياس ارتباطا عاليا بالأداء فى جميع المواد الدراسية الأكاديمية تقريباً، الا أن ارتباطه أعلى ما يكون بالمقررات اللغوية (اللغات والمواد الاجتماعية) ولقد وجدت معاملات الارتباط التالية بين نسب الذكاء

التى استخدمت الصيغة (ل) فى تقنينها وبين درجات التحصيل فى المدرسة الثانوية.

المواد الدراسية	درجة الارتباط مع الذكاء
– القراءة مع الفهم	٠,٧٣
– سرعة القراءة	٠,٤٣
– استخدام اللغة	٠,٥٩
– التاريخ	٠,٥٩
– الاحياء	٠,٥٤

كما أثبتت بعض البحوث أن معاملات الارتباط تميل إلى التناقص مع ارتفاع السلم التعليمى، وذلك بسبب عوامل الانتقاء، وعدم ملاءمة كثير من مفردات الاختبار مما يؤدى إلى نقصان التباين بين المفحوصين. فلقد وجدان الارتباط بين نسب الذكاء كما بينهما المقياس وبين الدرجات فى المدرسة الابتدائية حوالى ٠,٧ وبينما وبين الدرجات فى المدرسة الثانوية ٠,٦، وبين الدرجات فى الجامعة ٠,٥ ويعتبر هذا المقياس مقياسا للاستعداد المدرسى أو الاكاديمى العام المشبع إلى حد كبير بالمحتوى اللفظى، وبخاصة فى اختبارات المستويات العربية العليا.

تطبيق المقياس

يتطلب استخدام هذا المقياس فاحصا على درجة كبيرة من المهارة والتدريب والفة كبيرة بالمقياس وخبرة كاملة فى التطبيق حيث أن أعطاء الاختبار وتصحيحه على درجة كبيرة من التعقيد والصعوبة، وإن ادنى تغير فى صياغه الاسئلة قد يؤدى إلى تغير فى مستوى صعوبتها، كما أن هذا المقياس يعتبر نوع من المقابلة الإكلينيكية لانه يعطى فرصة كبيرة للتفاعل Interac-tion بين الفاحص والمفحوص، ويساعد الفاحص على أن يلاحظ الطرق التى يلجأ اليها المفحوص أثناء الاجابة على مفردات المقياس ومستوى نشاطه ومدى ثقته بنفسه ومثابرته وقدرته على التركيز.

والوقت المحدد لاعطاء جميع مفردات المقياس هو ٤٠ دقيقة للأطفال وحوالى ساعة ونصف للراشدين ـ ويتطلب تطبيق هذا المقياس أن نبدأ أولا من مستوى ادنى قليلا من العمر العقلى المتوقع للمفحوص، وإذا فشل فى أي اختبار من اختبارات المستوى الذى نبدأ منه يعطى اختبارات المستوى الادنى منه، وهكذا يستمر الفاحص حتى يصل إلى المستوى الذى يستطيع المفحوص أن يجيب على جميع أسئلته، ويصبح هذا المستوى هو (العمر القاعدى) ثم يعطى الاختبارات العليا، حتى يصل إلى المستوى الذى يفشل المفحوص فى الاجابة على جميع اسئلته وهذا ما يسمى (بالحد الأعلى للعمر Ceiling Age) وحتى يصل الفاحص إلى هذا المستوى يتوقف عن أعطاء المقياس.

تصحيح المقياس:

تصحح جميع اسئلة (اختبارات) المقياس على اساس الصح أو الخطأ وتعطى للإجابة الصحيحة درجة واحدة، وللإجابة الخاطئة صفر، وتحدد كراسة التعليمات الأداء المطلوب للنجاح فى كل سؤال... وقد تظهر نفس الاسئلة فى مستويات عمرية مختلفة ولكنها تصحح بمستويات مختلفة للنجاح وتطبق الاختبارات مرة واحدة، ثم يحدد أداء المفحوص المستوى العمرى للأسئلة التى ينجح فيها المفحوص أو يفشل تظهر مقدراً من التشتت فى المستويات العمرية والمتتابعة، فالمفحوص عادة لا يجيب على جميع اسئلة عمره العقلى، أو أدنى منه، ويفشل تماما فى جميع الاختبارات الاعلى من هذا المستوى، وإنما نجد أن الاختبارات التى ينجح فيها تنتشر فى مستويات عمرية عديدة يحددها العمر القاعدى من ناحية، والحد الاعلى للعمر من ناحية أخرى وعلى هذا التقدير درجة الطفل أنما تكون على أساس عمره القاعدى الذى اجتاز عنده جميع الاختبارات بالاضافة إلى ما يستحقه عن الاختبارات التى نجح فى مستويات اعلى مثال ذلك:

اجتاز الطفل جميع الاختبارات فى مستوى سن٥

اذاً يكون عمره القاعدى	=٦٠ شهر
ثم اجتاز ٣ اختبارات فى مستوى سن ٦	=٦ شهور
اجتاز الطفل اختبارا واحدا فى مستوى سن ٧	= ٢ شهرين
واخفق الطفل فى جميع الاختبارات عند مستوى سن ٨	= صفر
اذاً العمر العقلى لهذا الطفل	=٦٨ شهرا
ولما كان العمر الزمنى للطفل	= ٦٠ شهرا

$$\text{نسبة ذكائه} = \frac{\text{العمر العقلى}}{\text{العمر الزمنى}} \times ١٠٠ = \frac{٦٨}{٦٠} \times ١٠٠ = ١١٣,٣$$

أوجد النقص فى المقياس

١ ـ المقياس معد فى جوهرة للأطفال وتلاميذ المدارس ومن ثم يستخدم مع المراهقين والراشدين عن طريق اضافة بعض الاسئلة الاكثر صعوبة من نفس النوع.

٢ ـ محتوى الاختبارات المتضمنة فى هذا المقياس لا تثير اهتمام الراشدين، أي ينقصها الصدق الظاهرى ومن ثم يصعب تكوين علاقة طيبة بين الفاحص والمفحوص الراشد.

٣ ـ يؤكد هذا المقياس عامل السرعة فى معظم الاختبارات الامر الذى قد يقلل من مستوى الأداء الحقيقى للفرد.

٤ ـ الاهتمام الكبير بالنواحى اللفظية، فمعظم الاختبارات المتضمنة فى هذا المقياس مشبعة بالقدرات اللفظية، فهى تتطلب من المفحوص سهولة استخدام الكلمات وفهمها.

٥ ـ عينات تقنين هذا المقياس لم تتضمن الا قليلا من الراشدين.

٦ ـ ولو أن هذا المقياس يعتبر من أنسب المقاييس لقياس القدرة العامة المشتركة فى الاعمال المدرسية، الا أنه لا يصلح فى نفس الوقت لقياس القدرة على الاستبصار والاصالة وتنظيم الافكار.

٧ ـ يتأثر أداء الشخص فى هذا المقياس بشخصيته، وكثير من عاداته الانفعالية مثل الخجل من الغرباء، ونقص الثقة فى الذات، وعدم الميل إلى الاعمال ذات الطابع المدرسى والخوف من الوقوع فى الخطأ.

استخدام المقياس فى التشخيص

أن الاطفال ذوى العقلية الواحدة ليسوا بطبيعة الحال متشابهين فى النمو العقلى ـ وهذا يظهر فى أن كلا منهم ينجح فى عناصر مختلفة من الاختبار، ويلقى هذا المقياس ضوءا على الفروق الفردية أكثر مما تستطيع الدرجة الواحدة أن تزودنا به.

والاخصائي فى تطبيقه يدرس هذه الفروق دائماً بقصد أن يتبين ما إذا كانت جميع جوانب القدرة قد نمت نموا متساويا، ولكن المقياس بوجه عام أخفق فى أن يزودنا بتقديرات تشخيصية لهذه النواحي لأنه قد صمم بحيث يزودنا بتقدير يدل على القدرة العامة.

ونحن لا نستطيع أن نتتبع بدقة نمو الطفل فى الاسترجاع البسيط مثلا، لأن العناصر الخاصة بتذكر الارقام وغيرها مما يشبهها ليست موزعة توزيعا اعتداليا مطردا فى جميع مستويات الصعوبة ولا نستطيع حتى فى مقياس السنة الواحدة أن تناقض مواطن قوة الطفل، ومواطن ضعفه بثقة لان العناصر المتجمعة معا ليست بنفس الصعوبة، وعلى الرغم من ذلك فإن الاكلينكى ما لم يدرس أنماط الأداء التفصيلى فى الاختبار قد تغيب عنه علامات تشخيصه قيمه، فيمكن ملاحظة العجز غير العادى فى العناصر اللفظية أو المعلومات أو المهارة الحسابية أو فى الاستدلال، وحتى لو ظهرت هذه العلامات فى عنصرين اثنين فى الاختبار كله فإنها قد توجهنا لدراسة هذه الناحية فى الطفل.

ويتيح الاختبار للاخصائى فرصة طيبة ليرى الطفل وهو يعمل فيرى اسلوب عمله ويلاحظ المندفع الذى يلجأ إلى المحاولة والخطأ للتوصل الي حل لا يستند إلى التفكير أو يلاحظ طفلا يمتنع عن محاولة الاجابة عن عنصر يتطلب استقراءاً أو خيالا لأنه لا يستطيع التأكد من صحة اجابته. ويمكن التمييز بين طفل ينجح بسبب خبراته التعليمية فيجيب بصحة عن عناصر مثل العد حتى الرقم ١٣ أو يعرف ترتيب أيام الاسبوع، وطفل أخر أكثر ذكاء يستطيع أن يحكى قصة متماسكة عن صورة تعرض عليه، وأن يحدد اليوم السابق على يوم الثلاثاء من أيام الاسبوع. وثمة فروق كبيرة فى الطرق التى يخفق بها الاطفال، والتى يستجيبون بها للإخفاق، ولقد يخفق بعضهم بعدم الاجابة حتى بالنسبة لأسئلة لايجهلونها وقد يعرف البعض متى تكون اجابتهم غير صحيحة بينما يظهر على بعضهم عدم الرضا، ويدركون أنهم يواجهون صعوبة معينة.

ويرى الإكلينكيون أن الاختبار بوجه عام يوجه الانتباه الى بعض انحرافات ممكنة فالفصاميون يستجيبون استجابات متميزة، فهم بمقارنتهم بالاسوياء يتفوقون فى المفردات وفى الكلمات المجردة والجمل المجزاه، ولكنهم يجدون صعوبة أكثر فى عمل (العقد) وفى السخافات المصورة وفى تذكر الرسوم والقصص. ولما كان كثير من الاسوياء يظهرون مثل هذه الصعوبات فإنه لا يمكن الاعتماد إلى حد كبير على إنماط النجاح والاخفاق فى مثل هذه العناصر الخاصة باعتبارها دليلا مطلقا على وجود الذهان ولكن هذه دلالة يمكن أن تفيد كنقطة بداية يتبعها استقصاء دقيق.

والاخصائى الذى لديه خبرة كافية فى تطبيق بينه يتفوق على الكلينكى الذى يقوم بمقابله شخصيه، لانه يستطيع ملاحظة الطفل فى موقف مقنن، ويستطيع مقارنه ما يعمله بسلوك الاطفال الأخرين، وما يزيد من قيمة الاختبار التشخصية أن الطفل لا ينظر إليه باعتباره موقفا يكشف عن أنفعالاته وعاداته فى العمل.

٢ ـ مقياس وكسلر لذكاء الراشدين WAIS

فى عام ١٩٣٩ وضع (دافيد وكسلر David wechsler مقياسا فرديا لقياس ذكاء الكبار عرف بمقياس (وكسلر ـ بلفيو) وتم تقنينه على أفراد تتراوح أعمارهم بين ١٠ سنوات و ٧٠ سنه ويتميز عن مقياس (ستانفورد ـ بينه ـ بما يأتى)

١ ـ أن مفرداته أكثر ملائمة للكبار.

٢ ـ أستغنى فيه عن مستويات العمر ـ وقسم المقياس الى اختبارات فرعية.

٣ ـ تقرر نسبة الذكاء من الدرجة التى يحصل عليها الشخص فى الاختبار مباشرة بدون الحاجة إلى العمر الفعلى.

٤ ـ يبين نوعين من نسب الذكاء يعتمد أحداهما على الناحية اللفظية، بينما يعتمد الاخر على الأداء (أو الناحية غير اللفظية).

وقد بنى مقياس (وكسلر ـ بلفيو Wechsler Bellevue على مفهوم غير واضح للذكاء العام، فعرف وكسلر الذكاء بأنه قدرة الفرد العامة على العمل الهادف وعلى التفكير المنطقى، وكذلك على التفاعل مع البيئة بفاعلية ونشاط، واعتقد وكسلر بعد ذلك (١٩٤٤) بوجودعامل عام تستند إليه الوظائف العقلية، وذكر رأى سيبرمان كتدعيم لاعتقاده هذا. وأنتقى وكسلر مادة اختباراته الاثنى عشر ـ وطبقها على ما يزيد على ألف شخص ثم استبعدا أحداها وهو الخاص بتحليل المكعبات لما وجد من صعوبة فى شرحة للمختبرين ووجد أن الاحد عشر اختبارا الباقية يمكن إجراؤها عمليا وأن مستوى صعوبتها معقول. ويمكن أن نعرض وصفاً موجزا لهذه الاختبارات فيما يأتى:

أولاً: المقياس اللفظى ويتضمن

١ ـ اختبار المعلومات العامة General Infomation

ويشمل هذا الاختبار (٢٥ مسئولا) عن المعلومات العامة التى يفترض شيوعها فى ثقافة الراشدين، وذلك بغض النظر عن الناحية الدراسية أو تقدير

أي فرع خاص من فروع المعرفة، ومن أمثلة عناصر هذا القسم: ما هو الترمومتر؟ وكم أسبوعا فى السنة؟ والنهاية العظمى لهذا الاختبار ٢٥ درجة وهى تساوى مجموع الاجابات الصحيحة حسب مفتاح التصحيح المبين فى كراسة التعليمات.

٢ ـ اختبار الفهم العام General Comberhension

ويشمل هذا الاختبار على ١٠ اسئلة (مفردات) لقياس قدرة الفرد على الحكم العملى ـ والفهم العام بالنسبة لمراعاه بعض الاصول الاجتماعية، وحل بعض المشكلات فى الحياة الاجتماعية اليومية ومن أمثلة عناصر هذا القسم:

لذا يدفع الناس الضرائب؟ لماذا تصنع الاحذية من الجلد؟

والنهاية العظمى لهذا الاختبار ٢٠ درجة وتعطى كل اجابة درجتان أو درجة واحدة ـ أو صفر حسب درجة التعميم فى الاجابة ونوعها.

٣ ـ اختبار الاستدلال الحسابى Arethmatical Reasoning

يشمل هذا الاختبار ١٠ مسائل حسابية من النوع الذى يواجهه التلميذ فى المدرسة الابتدائية وتعطى كل مسألة شفويا ويحلها المفحوص شفويا بدون استخدام الورقة والقلم، أى تعطى الدرجة للفرد على أساس سرعة الاستجابة وصحتها ومن أمثلة هذه المسائل اذا اشترى رجل طوابع بريد بثمانية قروش ودفع للبائع ورقة بخمسة وعشرين قرشا، فكم قرشا يبقى له عند البائع؟

ويلاحظ أن لكل مسألة زمن محدد ويحسب بعد انتهاء المفحوص من قراءة المسألة، والنهاية العظمى لهذا الاختبار (١٤ درجة) تعطى درجة واحدة لكل مسألة تحل حلا صحيحا فى الوقت المحدد لها، وتعطى درجة اضافية للزمن فى المسألتين ٩، ١٠ اذا حلت كل منهما فى حدود ٤٠ ثانية وتعطى درجتان اضافيتين اذا حلت المسألة فى حدود ١٥ ثانية.

٤ ـ اختبار المتشابهات Similarities

ويشـمـل هذا الاخـتـبـار ١٢ زوجـا من اشـيـاء مـخـتـلـفـة، ويطلب من المفحوص أن يحدد بالنسبة لكل زوج على حدة كيف يتشابهان، ويشبه هذا بعض ما يوجد فى اختبار ستانفورد بينه من عناصر، مثال: فى أي النواحى تشابه البرتقالة الموزة؟

والنهاية العظمى لهذا الاختبار ٢٤ درجة وتعطى كل اجابة درجتان أو درجة واحدة أو صفر حسب التقييم فى الإجابة ونوعها.

٥ ـ اختبار اعادة الارقام Digit Span

فى الجزء الاول من هذا الاختبار تعرض على المفحوص قوائم تتكون من ثلاثة ارقام الى تسعة ارقام عليه اعادتها شفويا وفى الجزء الثانى من الاختبار يطلب من المفحوص أن يعيد مجموعة من الارقام وضع معكوس.

والنهـاية العظمى لهـذا الاختـبـار ١٧ درجة وهى تسـاوى مـجـمـوع الاجابات الصحيحة حسب مفتاح التصحيح المبين فى كراسة التعليمات.

٦ ـ اختبارات المفردات Vocabulary

يتكون هذا الاختبار من عدد ٤٢ كلمة متزايدة فى الصعوبة تعرض على المفحوص شفويا وبصريا، ويطلب منه تحديد معنى كل كلمة من هذه الكلمات مثل ما معنى برتقالة؟ والنهاية لعظمى لهذا الاختبار ٤٢ درجة وتعطى كل اجابات درجة واحدة أو نصف درجة أو صفر، وذلك حسب مفتاح التصحيح المبين فى كراسة التعليمات.

ثانياً: المقياس غير اللفظى ويتضمن:

أ ـ اختبار تكميل الصور Pitcure Completion

يعرض علي المفحوص عدد ١٥ بطاقة كل منها يحتوى علي صورة ناقصة وبكون على المفحوص أن يذكر الجزء الناقص من كل صورة ويشبه ذلك إلى حد كبير بعض المواد التى نجدها فى اختبار ستانفورد بينه.

والدرجة العظمى لهذا الاختبار ١٥ وهى تساوى مجموعة الاجابات الصحيحة وذلك حسب مفتاح التصحيح المبين فى كراسة تعليمات المقياس.

٢ ـ اختبار رموز الارقام Digit Symbol

وهو اختبار للتعرض الشفوى ويعطى مفتاح الشفرة الذى يتكون من ٩ رموز تزاوج الارقام التسعة للمفحوص، وعليه أن يحدد الرمز الصحيح الذى يقابل كل رقم ويضع الرمز فى الاماكن الخالية من المربعات المقابلبة للأرقام. ويدخل فى حساب درجة المفحوص لهذا الاختبار عنصرى السرعة والدقة.

والدرجة العظمى لهذا الاختبار ٦٧ وهى تساوى مجموع الاجابات الصحيحة حسب المفتاح المبين فى كراسة التعليمات.

٣ ـ اختبار رسوم المكعبات Block Design

يعرض على المفحوص صندوق به عدد (١٦) مكعباً أوجهها مطلية بألوان مختلفة هى الأبيض والأحمر والأصفر والأزرق، ويقدم للمفحوص عدد (٩) بطاقات على كل منها رسم مختلف ويطلب منه إنتاج رسوم بالمكعبات على النحو الذى تحدده البطاقات ذات المستويات المتزايدة فى التعقد. ويراعى فى التصحيح أن تشمل الدرجة سرعة الشخص ودقته والزمن الأقصى طبقاً لجدول معين وتعطى درجات إضافية فى حالة إتمام الرسم فى زمن أقل من ٥ والدرجة الكلية لهذا الاختبار هى (٤٢).

٤ ـ اختبار ترتيب الصور: Picture Arrangemnt

يتكون هذا الاختبار من ٦ مجموعات من البطاقات المصورة ـ تمثل كل مجموعة على حدة قصة مفهومة وتعرض كل مجموعة على المفحوص بطريقة غير مرتبة ويطلب منه ترتيبها بالتتابع الصحيح بحيث تعطى كل مجموعة قصة مفهومة.

وطريقة تصحيح هذا الاختبار كالآتى: المجموعات الثلاثة الأولى تعطى الدرجة على أساس صواب أو خطأ أما المجموعات الثلاثة الأخيرة فتعطى درجات جزئية على كل ترتيب يمكن قبوله بالرغم من أنه لا يطابق الترتيب الصحيح. أما بالنسبة للمجموعتين الأخيرتين، تعطى درجات إضافية على الترتيب الصحيح إذا تم فى زمن معين، والنهاية العظمى لهذا الاختبار (٢١ درجة) وهى تساوى مجموعة التقديرات الجزئية فى المجموعات المختلفة.

٥ ـ اختبار تجميع الأشياء: Object Assembly

يتكون هذا الاختبار من نماذج من الخشب لثلاثة أشياء هى: العين والوجه واليد ـ قطعت كل منها إلى قطع مختلفة، ويطلب من المفحوص فى كل منها جمع القطع بحيث تكون الشكل الكامل. ويصحح شكل العين حسب الدقة فقط ويصحح الشكلان الآخران (الوجه واليد) حسب الدقة والزمن معاً طبقاً للتعليمات الخاصة بالتصحيح فى كراسة التعليمات.

وهذا المقياس سهل فى تطبيقه عن مقياس ستانفورد بينه، وفى هذا المقياس تحول الدرجات الخام من كل اختبار على حدة إلى درجات موزونة وهى نوع من الدرجات المعيارية متوسطها ١٠، وانحرافها المعيارى ٣ بواسطة جداول تحويل يوفرها دليل الاختبار، والهدف من هذه الخطوة هو توحيد مقام درجات جميع الاختبارات الفرعية بحيث يمكن المقارنة بينها، وتجمع الدرجات الموزونة لكل الاختبارات اللفظية على حدة والاختبارات الأدائية على حدة، وتستخرج نسبة ذكاء لفظى من الجداول الملحقة بدليل الاختبار، وكذلك نسبة ذكاء أدائي، وهى عبارة عن نسبة ذكاء انحرافية متوسطها ١٠٠ وانحرافها المعيارى، ١٥، وتحسب نسبة الذكاء الكلية بجمع الدرجات الموزونة: اللفظية والأدائية معاً وتستخرج لها نسبة ذكاء انحرافية على الاختبار كله من جدول مستقل.

معنى ذلك أننا نحصل على ثلاث نسب للذكاء من جدول المعايير:

نسبة ذكاء خاصة بالناحية اللفظية	Verbal I.Q.
نسبة ذكاء خاصة بالناحية الأدائية	Performance I.Q.
ونسبة ذكاء كلية ناتجة عن جمع الاختبارات الإحدى عشر مجتمعة.	Full Scale I.Q.

ولاشك أن نسب الذكاء هذه لها أهمية تشخيصية فى حالة الأفراد الذين يعانون صعوبات لفظية أو أكاديمية أو ثقافية.

ويمكن استخدام بعض المقاييس الفرعية وليس جميعها في حالة الحاجة لاستخدام مقياس مختصر ويتعين فى هذه الحالة انتخاب المقاييس الفرعية المرتفعة الثبات، وينطبق هذا فى حالتى المقاييس اللفظية والأدائية على حد سواء.

تحليل لمقياس وكسلر ـ بلفيو:

أصبح من الواضح عند فحص الاختبارات التى شملها مقياس وكسلر أن جزءاً كبيراً من مادتها يشبه الاختبارات الأخرى، وخاصة مقياس ستانفورد بينه وبينت الدراسات التى أجريت على فئات غير منتقاة من المراهقين والراشدين ارتباطاً مقداره ١,٨٠ وأعلى من ذلك بين مقياس وكسلر بلفيو ـ ومقياس ستانفورد بينه، والتشابه بين المقياسين لا ينقص من قيمة الغرض الذى وضع من أجله مقياس وكسلر ـ بلفيو ـ وهو انتقاء عدد من العناصر أكثر صلاحية لقياس ذكاء الكبار، ولم يكن الغرض الأساسى هو ابتكار مجموعة جديدة تماماً من مواد الاختبار.

ولقد قام أحد علماء النفس بالتحليل العاملى للاختبارات الأحد عشر التى تضمنها مقياس وكسلر ـ بلفيو، مستخدماً عينة من تلاميذ الصف الثامن (السنة الثانية من المرحلة الإعدادية) عددها ٢٠٢ تلميذاً، فوجد عدداً من العوامل فى الاختبارات مثل عوامل الفهم اللفظى والمعلومات الميكانيكية وسعة الإدراك والتفكير العام، والذاكرة والتنظيم الإدراكى .

أما الاختبارات غير اللفظية فإنها تميل إلى أن تكون أقل ثباتاً من الاختبارات اللفظية ومعاملات الارتباط بينها منخفضة وتقل عن الاختبارات اللفظية فى كفاءتها فى التنبؤ (وخاصة بدرجات المدرسة).

(أ) ثبات المقياس:

استخدمت طريقة التجزئة النصفية فى حساب ثبات كل اختبار فرعى فيما عدا اختبارى رموز الأرقام ـ وإعادة الأرقام حيث استخدمت معهما طريقة الصور المتكافئة. وفيما يلى درجة ثبات المقياس:

نوع المقياس	معامل الثبات
المقياس اللفظى	٠,٩٦
المقياس العملى	٠,٩٤
المقياس الكلى	٠,٩٧

(ب) صدق المقياس:

ـ صدق المحتوى: ثبت أن جميع الاختبارات الأحد عشر المتضمنة فى هذا المقياس تتفق مع تعريف الذكاء.

ـ الصدق التلازمى: تمت المقارنة بين المجموعات التعليمية والمهنية المختلفة، وحسب معاملات الارتباط مع تقديرات الأداء على العمل، والتقديرات المدرسية وكانت أغلب النتائج فى الاتجاه المتوقع وهما:

(درجات العمال أعلى فى الاختبارات العملية، ودرجات الأفراد فى المهن غير العمالية أعلى فى الاختبارات اللفظية)

ـ الصدق التنبؤى: ثبت أن المقياس يتنبأ بدرجة مقبولة بالضعف العقلى.

تحليل البروفيل:

من الممارسات الإكلينيكية الشائعة استخدام الاختبارات الفرعية لهذا المقياس لاستخلاص البروفيل وتحليله، وذلك للكشف عن الاضطرابات

الإكلينيكية المختلفة، ويقوم هذا التحليل على مسلمة هى أن الأنماط المختلفة من الأمراض تكشف عن نفسها فى أنماط متباينة من التقديرات، وقد افترض وكسلر على سبيل المثال أن التشكيلات التالية ـ فى تقديرات الاختبارات الفرعية للمقياس تميز المصاب بالشيزوفرانيا، فالدرجة التى يحصل عليها الفرد فى تجميع الأشياء مختلفة إلى حد كبير عن درجته فى الاختبار الخاص بتصميم المكعبات، أن يكون التقدير منخفضاً جداً فى المتشابهات مع تقدير مرتفع فى المفردات والمعلومات، مجموع الدرجات فى ترتيب الصور بالإضافة إلى الفهم أقل من مجموع الدرجات فى المعلومات مضافاً إليها درجة تصميم المكعبات، وقد افترضت أنماط من البروفيلات الأخرى خاصة بحالات الإصابة فى المخ. وغيرها من الاضطرابات الإكلينيكة.

وتحليل البروفيل المتبع فى هذا المقياس غير مسوغ، وذلك لأن ثبات الاختبارات الفرعية للمقياس غير كاف، ومعاملات الارتباط بينها تتراوح بين متوسطة ومرتفعة، وتدل الدراسات المتصلة بهذا الموضوع على أن تحليل البروفيل قد أدى إلى نتائج مساوية فى جوهرها وينبغى أن تقوم الدراسات الخاصة بالعلاقات بين بروفيلات المقياس والصفات الإنسانية الأخرى على نتائج بطاريات اختبارات جيدة التقنين، متعددة العوامل لا على اختبارات فرعية فى مقياس ذكاء عام.

ومن ناحية كفاءة مقياس (وكسلر ـ بلفيو) فى التنبؤ، بينت بعض الدراسات معاملات ارتباط تتراوح بين ٠,٤٠ و ٠,٥٠ أو تزيد عن ذلك المدى بقليل بين نسبة الذكاء الكلية التى يعينها المقياس. والدرجات التى يحصل عليها الطلاب فى الجامعة وكان معامل الارتباط بين نسبة الذكاء التى يحصل عليها من الاختبارات اللفظية وبين الدرجات فى الجامعة أعلى من معامل الارتباط بين نسبة الذكاء الكلية وتلك الدرجات وثبت أن المقياس غير اللفظى ضعيف فى التنبؤ بدرجات الطلاب فى السنة الأولى بالجامعة.

وقد أعد هذا الاختبار ليناسب البيئة العربية الدكتور محمد عماد الدين والدكتور لويس كامل مليكة وقاما بإعداد نماذج التصحيح وجداول الدرجات الموزونة ـ وجداول نسبة الذكاء للراشدين والمراهقين.

مقياس وكسلر للكبار (WAIS):

فى عام ١٩٥٥ نشر (وكسلر) مقياسه الذى تمت مراجعته وتلافى فيه عيوب مقياس (وكسلر بلفيد) واستبدلت فيه بعض المفردات بمفردات جديدة مناسبة ، وتمت مراجعة التعليمات الخاصة بتطبيقه وتصحيحه وكانت معايير هذا المقياس أكثر تمثلا لسكان الولايات المتحدة الأمريكية، فشملت العينة التى تم عليها تقنين المقياس ١٧٠٠ شخصاً فى ٢٤ منطقة موزعة فى مختلف الولايات.

مقياس وكسلر للأطفال (WISC):

وضع وكسلر مقياساً يختبر ذكاء الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ سنوات و ١٥ سنة، ويشمل اختبارات تشبه إلى حد بعيد الاختبارات التى يتضمنها مقياس وكسلر بلفيو. ولذلك تضمن الاختبار نفس الاختبارات الفرعية فى الوكسلر مع إضافة اختبار أدائي جديد لتصبح الاختبارات الأدائية ستة اختبارات وهو اختبار المتاهات وحذف الاختبار من المجموعة الأساسية للبطارية فيما بعد، وأصبح مع اختبار مدى الأرقام اختبارين احتياطيين نظراً لانخفاض الثبات أو زيادة وقت التطبيق. وقد قنن الاختبار على عينة تبلغ ٢٢٠٠ طفل من سن ٥ إلى ١٥ سنة، ٢٠٠ طفل من كل سنة ذكوراً وإناثاً بالتساوى بالإضافة إلى ٥٥ طفلا من المتخلفين عقلياً.

وللاختبار ارتباط مرتفع مع الوكسلر بلفيد ـ والمصفوفات الملونة، وإن كان يلاحظ أن ارتباط الصورة المختصرة مع الدرجة على الاختبار كاملا أقل من نظيرها فى وكسلر للراشدين.

وقد نشر تعديل آخر لاختبار وكسلر لذكاء الأطفال فى سنة ١٩٧٤ باسم Wisc ويحتوى على نفس الـ ١٢ اختباراً فرعياً، وهناك اختلاف فى

طريقة تطبيق .Wisc R خلاف المتبع في الوكسلر لذكاء الراشدين والوكسلر للأطفال ـ تطبيق المقاييس الأدائية واللفظية والتبادل وقد تضمن التعديل الجديد عدة تعديلات في مضمون البنود بهدف زيادة تشويقها للأطفال مع حذف البنود ذات المضمون الأقرب للراشدين.

وتختلف طريقة حساب نسبة الذكاء على الاختبار اختلافاً محدداً عن المتبع في اختبار الراشدين حيث تحول الدرجة لكل اختبار فرعي إلى درجة موزونة خاصة بالمرحلة العمرية للطفل ويوفر دليل الاختبار جداول تحويل بفارق زمني ٤ شهور بين كل جدول وآخر من سن ٦ إلى سن ١٦ سنة، و ١١ شهراً، ثم تجمع الدرجات الموزونة الأدائية على حدة واللفظية على حدة ثم تحول إلى نسبة ذكاء بمتوسط ١٠٠ وانحراف معياري ١٥.

ونظراً لوجود صيغة واحدة فقط لهذا الاختبار استخدمت طريقة التجزئة النصفية لتقدير ثباته، وعينت معاملات الثبات على سن ٧,٥، و ١٠,٥، و ١٣,٥ فكانت هذه المعاملات هي ٩٢,، ٩٥,، ٠,٩٤ على الترتيب، كما كانت معاملات الثبات للمقياس اللفظي عند هذه المستويات الثلاثة على التوالي هي ٨٨,، ٩٦,، ٩٦, وبينت معظم البحوث معاملات ارتباط بين مقياس استانفورد ـ بينه، ومقياس وكسلر الخاص بالأطفال تتراوح قيمتها بين ٦٠,، ٩٠,، ١٠ تتجاوز هذا المدى بقليل، ونجد أن معاملات الارتباط بين مقياس ستانفورد بينه، والمقياس غير اللفظي تقل عن معاملات الارتباط بينه وبين المقياس اللفظي، وإذا أدخلنا في اعتبارنا نوع المواد المستخدمة في مقياس وكسلر للأطفال وثباته وارتباطه مع غيره من الاختبارات فإننا نتوقع أن تكون كفاءته في التنبؤ بدرجات الأطفال في المدرسة معادلة لكفاءة مقياس ستانفورد بينه.

ولا تتوفر دراسات صدق لاختبار الوكسلر المعدل للأطفال .Wisc R وإن كان فحص معايير الأداء في المستويات المتتابعة يوضح التمايز في الذكاء نتيجة للعمر وهو ما يدخل هذه البيانات في إطار صدق التكوين، ولأن

التعديلات التى أدخلت فى تعديل ٧٤ لم يغير من طبيعة الاختبار فيمكن بالتالى قبول مؤشرات الصدق التى قدمت للوكسلر لذكاء الأطفال... وأهمها الارتباط بين الدرجات على الاختبار والتحصيل المدرسى والتى تتراوح بين ٥٠,، ٦٠, كما يشير دليل الاختبار المعدل إلى ارتباطات بين الاختبار وبين استانفورد ـ بينه ١٩٧٢ لمجموعات عمرية غير متجانسة تبلغ ٧٣, مع درجة الذكاء الكلية، ٧١, للذكاء اللفظى، ٦٠, للذكاء الأدائى وأعلى ارتباط بين الاختبارات الفرعية وستانفورد بينه كان للمفردات أما أقلها فكان لاختبار الترميز وهوما يعد محكاً تلازمياً للصدق.

وتشير أنستازى إلى عدد مقنن التحليلات العاملية التى أجريت على الوكسلر لذكاء الأطفال، وصورته المعدلة سنة ١٩٧٤ والتى ظهر منها وجود نفس العوامل التى يقيسها الوكسلر لذكاء الراشدين مما يدل على أن الاختبار يقيس نفس العوامل، وهو دليل آخر على صدق التكوين.

قائمة المراجـــع

قائمة المراجع

١ ـ إسماعيل (محمد عماد الدين)، الشخصية والعلاج النفسي، القاهرة، النهضة المصرية، ١٩٥٩.

٢ ـ أناستازى، فولى (چون)، سيكولوچية الفروق بين الأفراد والجماعات. ترجمة لجنة باشراف أ. د. مصطفى سويف، القاهرة، الشركة العربية للطباعة والنشر، جـ١، ١٩٥٩.

٣ ـ ايزنك (هـ.ج)، الحقيقة والوهم فى علم النفس، ترجمة قدرى حفنى ورؤوف نظمى. القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٩.

٤ ـ ارينى، سيلفانوا، الفصامي : كيف نفهمه ونساعده، دليل للأسرة والأصدقاء، الكويت، ترجمة د. عاطف أحمد، عالم المعرفة، عدد ١٥٦، ١٩٩١.

٥ ـ بولبى (چون)، الصحة النفسية ودور الأم فى نموها، جـ١، ترجمة منير راغب.

٦ ـ ــــــــــــ، رعاية الطفل وتطور الحب، ترجمة د. السيد محمد خيرى، القاهرة، دار المعارف.

٧ ـ جرجس (صبرى)، الجريمة السيكوباتية بين الطب العقلى والقانون، مجلة علم النفس، مجلد (٤)، عدد (٢)، اكتوبر ١٩٤٨.

٨ ـ ــــــــــــ، مشكلة السلوك السيكوباتي، القاهرة، دار المعارف، ١٩٥٦.

٩ ـ ــــــــــــ، الطب النفسي فى الحياة العامة، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٦٠.

١٠ ـ جيلفورد ج. ب، ميادين علم النفس النظرية والتطبيقية، المجلد الأول، القاهرة، دار المعارف.

١١ ـ جلال (سعد)، المرجع فى علم النفس، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٨.

١٢ ـ ــــــــــ، في الصحة العقلية : الأمراض النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية، القاهرة، دار المطبوعات الجديدة، ١٩٧٠.

١٣ ـ حنورة (مصرى عبد الحميد)، الريف والحضر في المجتمع المصرى، (المجلة الجنائية القومية)، سبتمبر ١٩٦٨، عدد ٣.

١٤ ـ خيرى (السيد محمد)، الاحصاء فى البحوث النفسية والتربوية والاجتماعية، القاهرة، دار الفكر العربى، ١٩٥٦.

١٥ ـ خير الله (سيد)، المدخل إلى علم النفس، القاهرة، عالم الكتب. ط٣، ١٩٧٣.

١٦ ـ دسوقى (كمال)، علم الاجتماع ودراسة المجتمع، القاهرة، الأنجلو، ١٩٥٨.

١٧ ـ ــــــــــ، علم النفس ودراسة التوافق، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٧٤.

١٨ ـ ــــــــــ، الطب العقلى والنفسى، الكتاب الأول : علم الأمراض النفسية، بيروت، دار النهضة العربية، ١٩٧٤.

١٩ ـ دافيدوف لندا . ل، مدخل علم النفس، القاهرة، دار ماكجروهيل للنشر، ط٢، ١٩٨٣.

٢٠ ـ راجح (أحمد عزت)، الأمراض النفسية والعقلية : أسبابها وعلاجها وآثارها الاجتماعية، القاهرة، دار المعارف، ط١، ١٩٦٤.

٢١ ـ ــــــــــ، أصول علم النفس، القاهرة، دار المعارف، ط١١، ١٩٧٧.

٢٢ ـ سويف (مصطفى)، علم النفس الحديث : معالمه ونماذج من دراساته، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٧٨.

٢٣ - شافر (لورنس)، علم النفس المرضى : دلالة السلوك الشاذ وأسبابه، ترجمة صبرى جرجس فى جيلفورد (ج.ب)، ميادين علم النفس، مجلد١ أشرف على ترجمته يوسف مراد، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٦.

٢٤ - عبد الحكيم (محمد)، التشخيص المقارن للحالات السيكوباتية. مجلة علم النفس، مجلد (٤)، عدد (٣)، فبراير ١٩٤٩.

٢٥ - عيسوى (عبد الرحمن)، معالم علم النفس، الإسكندرية، دار الفكر الجامعى، ١٩٧٩.

٢٦ - عبد الحميد (جابر)، فخر الإسلام (محمد)، قائمة ايزنك للشخصية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

٢٧ - عكاشة (أحمد)، الطب النفسي المعاصر، القاهرة، الأنجلو المصرية، ط٧، ١٩٨٨.

٢٨ - غيث (محمد عاطف)، علم الاجتماع، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٣.

٢٩ - فرويد (سيجمند)، محاضرات تمهيدية في التحليل النفسي، ترجمة أحمد عزت راجح، مراجعة محمد فتحى، القاهرة، الأنجلو المصرية، ١٩٥٢.

٣٠ - فهمى (مصطفى)، علم النفس الإكلينكى، القاهرة، مكتبة مصر، ١٩٦٧.

٣١ - مليكة (لويس كامل) وآخرون، الشخصية وقياسها، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٥٩.

٣٢ - ________، مقياس الانحراف السيكوباتى فى اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٦٦.

٣٣ ـ ـــــــــــــــ ، علم النفس الاكلينكي، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، جـ١ ، ١٩٧٧ .

٣٤ ـ مخيمر (صلاح) سيكولوچية الشخصية، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٣٥ ـ مراد (يوسف)، مبادئ علم النفس العام، القاهرة، دار المعارف، ١٩٦٤ .

٣٦ ـ منظمة الصحة العالمية، المشاكل المتعلقة بالاعتماد على العقاقير وشرب الكحول، الإسكندرية، المكتب الإقليمى لشرق البحر الأبيض المتوسط، ١٩٨٨ .

٣٧ ـ ـــــــــــــــ ، حفظ الصحة النفسية وتعزيزها. النشرة الوقائية لإقليم شرق البحر الأبيض المتوسط، العددان ١٢ ، ١٣ ، يناير ١٩٨٩ ، (ص١٤-٢٤).

٣٨ ـ نجاتى (محمد عثمان)، علم النفس فى حياتنا اليومية، القاهرة، مكتبة النهضة العربية، ط٤ ، ١٩٦٤ .

٣٩ ـ هنا (عطية محمود)، الشخصية والصحة النفسية، القاهرة، النهضة المصرية، ١٩٥٨.

٤٠ ـ ـــــــــــــــ ، دراسة موضوعية لسمات الشخصية السوية والمنحرفة، ١٩٥٩.

٤١ ـ ـــــــــــــــ ، مقياس الانطواء الاجتماعى فى اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.

٤٢ ـ ـــــــــــــــ ، هنا (محمد سامى) علم النفس الاكلينكي، جـ١ . القاهرة، دار النهضة العربية، ط١ ، ١٩٧٦ .

٤٣ - هول (ل)، لندزى (ج)، نظريات الشخصية، ترجمة، فرج أحمد فرج وآخرون، ومراجعة لويس كامل مليكة، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر، ١٩٧١.

٤٤ - ويتيج (أرنوف)، مقدمة في علم النفس، ترجمة لجنة باشراف أ. د. عبد السلام عبد الغفار، القاهرة، دار ماكجروهيل للنشر، ١٩٧٧.

٤٥ - يونس (انتصار)، السلوك الانساني، الإسكندرية، المكتب المصرى الحديث، ١٩٦٦.

46. Anastasi, Ann., Differential Psychology, 3rd ed., New York, Macmillan Co., 1966.

47. Burt C., The Young Delinquent , London, Univ. of London Press. 4 th, 1944,

Factorial Studies of Personlaity and Their Bearing on the Work of the Teacher, Brit. J. edu., Psych, 35, 368-378, 1955.

48. Collier, R., & Emch, M., «Introversion-Extraversion: The Concpets and their use» Amer J. Psychiat, 94, 1045-1075-1938.

49. , Carrigan, P.M., Extraversion- Introversion as a Dimension of Personality: A Reappraisal Psychol Bull., 1960, Vol. 57, pp. 339-360.

50. Corah, N. L., Neuroticism and extroversion, in the M.M.P.I. Impirical Validation and Exploration, Brit. J. Soc. Clin., 3, 163-174, 1964.

51. Cattell, R.B., The Scientific Analaysis of Personality, London, Benguin, 1965.

52. Colman J.C., Psychology and Effective Behavior, India Bombay, 1971.

53. _______ , Abnormal Psychology and Modern Life, India, 3th ed., Bombay, 1970.

54. Drever, J.A., Dicitionary of Psychology, London, Benguin Books, 1953.

55. Dahlstrom, W. G. & Welsh G.S., An M.M. P.I Handbook. A Guie to Use in Clinical Practice and Research, Univ. of Minnesoto Press, 1965.

56.________, Eysenck, H.J., Dimension of Personality, London, Kegan Paul, 1947.

57.________, Eysenck, S.B.G., On the Nature of Extraversion, Brit. J. of Soc. Clin. Psychol, 1963, Vol. 2, pp. 46-55.

58. ________, On the Unitary Nature of Extraversion, Acta Psychologica, 1987, Vol., 26, pp. 388-390.

59. ________, & Wilson G., Know Your Own Personality, «London, Penguin Books, Middlesex, 1976.

60. Eysenck H.J., The Differentiation Between Normal and Various Neurotic Groups on the Maudsley Personality Inventory, Brit.J. Psychol., 50, 176-178, 1959./

61. ________, Principles and Method of Personlaity Description, Classification and Diognosis, Brit J. Psychol, 55, 284, 294, 1969.

62. ________& Rachman, S., The Causes and Cures of Neuroses, London , Kegan Paul, 1965.

63. ________, Cortical Inhibition (Figural After Effect) and Theory of Perosnality, 1965.

64. ________, The Scientific Study of Personality, London, Routlege, & Kegan Paul, 1952.

65. ________, on the Dual Nature of Extroversion, Brit J. of Soc. Clin. Psychol, 1965, Vol. 2, pp. 46-55.

66. Eysenck, H., J., Crime and Personality , London, Kegan Paul, 1965.

67. ________, Fact and Fiction in Psychology , Penguin Books, Middlesedx , England, 1420.

68. Eaves, L. & Eysenck, H. J., «The Nature of Extroversion , A Genetical Analysis«, J. Peroso. Soc. Psychol, 1976, Vol. 32, pp. 102-112.

69. Eysenck,H.., J. Empirical Study of There Factors Theory, Brit. J. of Crim., 1970.

70. English , H. B., English, A.C., A Comprehensive Dictionary of Psychology and Psychoanalytcial Terms, Lon-on, 1958.

71. Evaes, L., & Eysenck, H.J., The Nature of Extraversion A Genetical Analysis, J. Perso. Soc. Psychol., 1976, Vol. 32, pp. 102-112.

72. _______, Guillford, J.P., Guillford, R.B., «An Analysis of The Factors in a Typical Test of Introversin Extroversion, J.. Abn. Soc. Psychol., 1934, Vol. 23, pp. 377-399.

73. _______, An Examination of A Typical Test of Introversion - Extroversion by Means of Similar Reactions , J. Soc Psychol, 1933, pp. 430-433.

74. _______, Will the Real Factor of Extraversion -Introversion Please stand Up? A Reply to Eysenck, Psycho. Bull, 1977, Vol., 84, No. 3, pp. 42-416.

75. , Gibson, H.B., Two Faces of Extroversion: A Study Attempting Validation, Brit J. Soc Clin-Psychol, 1974, pp. 19-92.

76. Hildebrand, H.P. A Factorial Study of Introversion Extroversion by Means of Objective Tests, Unpublishe Ph.D. Thesis, Univ. Of London Library, 1953.

77._______, Howarth, E., A Psychometric Investigation of (E.P.I), Perso Assess, 1975, Vol. 40, No. 2, p.p. 173-185.

_______, & Brown, J.A., «An Item Analysis of (E.P.I), Brit. J. Soc., Clin. Psychol., 1972,. 11, pp. 162-174.

78. Ingam J. G., & Robinson, J.O., Personality in the Diagnosis of Hysteria, Brit J. Psycho., 55-276-284, 1964.

79. Monty H. et. al., Extroversion - Introversion and Process reactive Schizophrenia, Brit., J. Soc. Clin. 6, 69-1967.

80. Page, J., Introvesion - Extroversion and the Functional Psychoses, J. Appl. Psychol, 1934.

81. Polmin, R., «Extroversion : Sociobility and Impulsivity», J. Perso. Assess, 1976, Vol. 40, No. 1, pp. 24-30.

82. Ruch F.L., Psychology and Life, India, Bombay, 1970./

83. Stagner, J.R., Abnormal Psychology (Understanding Behavior Disorders: New York, 1965.

__________, Sparrow, N.H. & Ross, J., The Dual Nature Extroversion : A Replication Austriallian J. Psycho., 16, 214-218, 1964, in Eysenck H., J(ed), Readings in (E.I), Vol. I, London, 1970, pp. 145-150.

84. Warren H.C., Dicitionary of Psychology, Boston, 1934.

85. Young C.G., Psychological Types or the Psychology of Individuation, London, Routlegdge & Kegan Paul, 1944.